

47
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT DE ~~L'UNIVERSITÉ~~

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

HENRI REDON

Né à St-Cirq-la-Popie (Lot), le 24 Juin 1899

LES

EPIDIDYMITES CHRONIQUES

NON TUBERCULEUSES

DE L'ADULTE

Président : M. LECÈNE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1928

34

THESE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

ANNÉE 1928

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ
(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

HENRI REDON

Né à St-Cirq-la-Popie (Lot), le 24 Juin 1899

LES

ÉPIDIDYMITES CHRONIQUES

NON TUBERCULEUSES

DE L'ADULTE

Président : M. LECÈNE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1928

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène	N.
Médecine égale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
	CARNOT.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	RRANCA.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Clinique de la tuberculose	L. BERNARD.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale	HUTINEL	Pathologie médicale.
ALAJOUANINE	Neurologie et psy- chiatric.	JOYEUX	Parasitologie.
AUBERTIN	Pathologie médicale	LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
BASSET	Pathologie chirurgi- cale.	LARDENNOIS	Pathologie chirurgi- cale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.	LEMAITRE	Oto-rhino-laryng gie.
BINET	Physiologie.	LÉVY SOLAL	Obstétrique.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.	LHERMITTE	Pathologie mentale
BROCQ	Pathologie chirurgi- cale.	LIAN	Pathologie médicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.	LEROUX	Anatomie pathologi- que.
CADENAT	Pathologie chirurgi- cale	MATHIEU	Pathologie chirurgi- cale.
CHABROL	Pathologie médicale.	METZGER	Obstétrique.
CHIRAY	Pathologie médicale	MONDOR	Pathologie chirurgi- cale.
CLERC	Pathologie médicale.	MOURE	Pathologie chirurgi- cale.
DEBRÉ	Hygiène.	MULON	Histologie.
DOGNON	Physique.	PHILIBERT	Bactériologie.
DONZELOT	Pathologie médicale.	QUÉNU	Pathologie chirurgi- cale.
DUVOIR	Médecine légale.	RICHET Fils	Physiologie.
ÉCALLE	Obstétrique.	SÉZARY	Dermatologie et sy- philigraphie.
FIESSINGER	Pathologie médicale.	VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expéri- mentale.	VAUDESCAL	Obstétrique.
GATELLIER	Pathologie chirurgi- cale.	VELTER	Ophthalmologie.
HARVIER	Pathologie médicale.	VERNE	Histologie.
HEITZ-BOYER	Urologie.		
HOVELACQUE	Anatomie.		

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
BUSQUET	Pharmacologie.	REITTERER	Histologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.	TANON	Pathologie médicale
LEQUEUX	Parasitologie.	ZIMMERN	Physique.
NEVEU-LEMAIRE	Obstétrique.		

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
AUVRAY.	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT.	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU.	Clinique chirurgicale.	PROUST.	Clinique chirurgicale.
LIGNEL-LAVASTINE. . .	Clinique médicale.	SCHWARTZ.	Clinique chirurgicale.
LE LORIER.	Clinique obstétricale.	GOUGEROT	Clinique médicale.
LEREBoullet.	Clinique médicale infantile.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que ses opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THESE

M. LE PROFESSEUR P. LECÈNE

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE

A LA FACULTÉ

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL ST-LOUIS

En témoignage de mon très affectueux attachement, de ma reconnaissance, de mon admiration.

A M. LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL
PROFESSEUR DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE
CHIRURGICALE
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL VAUGIRARD

*En témoignage de ma très respec-
tueuse admiration et de mon atta-
chement.*

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ R. GRÉGOIRE
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL TENON

A M. LE DOCTEUR DUJARIER
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL BOUCICAUT
DIRECTEUR DE L'AMPHITHÉÂTRE D'ANATOMIE
DES HOPITAUX

*Pour tout ce qu'ils m'ont appris, pour
la sollicitude affectueuse qu'ils
m'ont toujours témoignée.*

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE TOULOUSE

MM. MERIEL,
BAYLAC.

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

Stage

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ THIERRY
M. LE PROFESSEUR CARNOT.
M. LE PROFESSEUR RATHERY.
M. LE PROFESSEUR VAQUEZ.

Externat

M. LE DOCTEUR MOUCHET
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL ST-LOUIS
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LENORMANT
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL ST-LOUIS

Internat

M. LE DOCTEUR DUJARIER.
M. LE PROFESSEUR DUVAL.
M. LE PROFESSEUR LECÈNE.
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GRÉGOIRE.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ

M. LE PROFESSEUR H. ROUVIÈRE
PROFESSEUR D'ANATOMIE A LA FACULTÉ

*Qui a toujours été mon guide bien-
veillant, en témoignage de mon
affection très respectueuse.*

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HOVELACQUE
CHEF DES TRAVAUX ANATOMIQUES A LA FACULTÉ

A MES MAITRES

MM. LE DOCTEURS :

MOURE,
BASSET,
GATELLIER.

PROFESSEURS AGRÉGÉS A LA FACULTÉ
CHIRURGIENS DES HOPITAUX

M. LE DOCTEUR ROUHIER
CHIRURGIEN DES HOPITAUX

A MES MAITRES ET AMIS

MM. LES DOCTEURS : LE GENNES, BONNECAZE,
J. CH. BLOCH, MARQUÉZY, RICHARD,
d'ALLAINES, MOULONGUET, SÉNÈQUE
MÉDECINS ET CHIRURGIENS DES HOPITAUX

MM. LES DOCTEURS : OBERLIN, WOLFROMM,
PAVIE, TOURNEIX, *in memoriam.*

Introduction

Les épididymites chroniques de l'adulte apparaissent comme d'un diagnostic très simple, si l'on s'en tient à la lecture des traités classiques. Si l'on exclut systématiquement de ce cadre les épididymites des urinaires, qui surviennent dans des conditions bien spéciales à la suite de manœuvres endouréthrales chez un rétréci ou un prostatique, on voit, en effet, que ce diagnostic ne se pose guère qu'entre trois éventualités de très inégale importance, et trop souvent une épididymite qui n'est pas de toute évidence syphilitique ou gonococcique est dite tuberculeuse.

Or, les épididymites chroniques nous semblent avoir, en réalité, des causes beaucoup plus diverses. Il est indiscutable, sans doute, que les plus fréquentes sont bien de nature tuberculeuse ; mais il s'en faut que le bacille de Koch ait, dans leur étiologie, le rôle à peu près exclusif que lui assignent les classiques.

Il est évident aussi, qu'un certain nombre relèvent de la syphilis, mais elles semblent bien excep-

tionnellement confondues avec la tuberculose épидидymaire. Ce sont les syphiligraphes et les médecins qui les voient surtout, aussi dans la collection de coupes du laboratoire de pathologie chirurgicale, n'avons-nous pas trouvé un seul cas où l'erreur de diagnostic ait été commise. La gonococcie, troisième étiologie classique, n'est pas souvent non plus à l'origine des épидидymites chroniques, alors que les orchépидидymites aiguës, au contraire, compliquent si souvent les blennorragies aiguës négligées ou mal soignées.

Les autres causes d'épididymites sont considérées comme véritablement exceptionnelles par presque tous les auteurs. La notion de fréquence des épидидymites tuberculeuses, réelle d'ailleurs, est telle, que l'on pose souvent le diagnostic de tuberculose par une sorte d'habitude clinique, même lorsque quelqu'un des symptômes classiques vient à manquer, ou est discutable.

Sans doute, discute-t-on toujours bien le diagnostic de syphilis ou de gonococcie, mais lorsque ces deux diagnostics ont été écartés, lorsque l'examen clinique affirme qu'il s'agit bien d'une épидидymite chronique, la tuberculose semble évidente.

C'est aller trop vite à notre avis.

L'examen histo-pathologique des pièces opératoires d'épididymectomies, pratiqué systématiquement dans le laboratoire de notre maître le professeur Lecène, montre en effet que si le diagnostic de tuberculose est exact dans huit cas sur dix environ,

dans les deux autres il est tout à fait impossible d'incriminer le bacille de Koch.

Dans ces cas, en effet, la disposition des nodules inflammatoires, leur aspect nettement subaigu, ne rappellent en rien la structure typique du follicule tuberculeux. Les cellules géantes du type de Langhans manquent toujours, comme aussi les bacilles de Koch, qui ont toujours été systématiquement recherchés. Or, on en trouve dans presque tous les cas, lorsque la coupe présente, par ailleurs, des lésions tuberculeuses indiscutables.

Lésions tuberculeuses typiques et bacilles de Koch dans certains cas ; absence complète de ces mêmes lésions dans d'autres, avec un aspect histologique tout à fait comparable aux lésions des épидидymites gonococciques, telles que les ont décrites de nombreux auteurs. Il y avait là une contradiction si nette, qu'il était logique de conclure à une étiologie différente de ces différents cas. Or, ces coupes ont toujours été prélevées en des points différents et nombreux des épидидymes réséqués. Elles ont été examinées à de multiples reprises avec un soin extrême, et on en a retrouvé des cas identiques à des années de distance. La preuve histologique nous paraît faite de la dualité des épидидymites chroniques.

La preuve clinique nous semble de son côté suffisamment établie par les erreurs de diagnostic qui ont été commises, et toujours dans des cas où il ne pouvait pas s'agir de gonococcie.

Il y a donc à côté des épididymites chroniques tuberculeuses de l'adulte, en dehors de la syphilis et de la gonococcie, des épididymites inflammatoires, parfois « pseudo-tuberculeuses », qui peuvent donner le change, mais qu'on doit reconnaître. Ce sont ces épididymites que nous avons essayé de classer en étudiant à la fois leur étiologie, leur symptomatologie et leur anatomie pathologique.

Etude Clinique et Anatomo-Pathologique

Il existe donc chez l'adulte un certain nombre d'épididymites chroniques qui peuvent simuler de plus ou moins près la tuberculose, et cette similitude est d'ailleurs bien admise en ce qui concerne l'épididymite gonococcique. Elle est telle que, malgré les signes différentiels plus ou moins précis qu'on en a donnés, des erreurs de diagnostic ont souvent été faites, et Chevassu lui-même, malgré sa compétence toute particulière, avoue l'avoir commise.

L'épididymite syphilitique a été beaucoup étudiée également. Son diagnostic est d'ailleurs le plus souvent facile chez des malades qui présentent tous quelque symptôme de la série spécifique. Il est surtout rendu simple par l'institution du traitement qui amène une sédation remarquable et rapide de leurs lésions locales.

Mais, à côté de ces causes classiques et bien connues, il y a toutes les épididymites infectieuses banales, et les épididymites mycosiques qu'on ne connaît guère. Ce sont surtout ces faits que nous avons

l'intention d'étudier ici, et nous nous bornerons à rappeler rapidement les caractères classiques des épидидymites syphilitiques, longuement étudiées d'ailleurs dans le mémoire de Dron paru en 1863, et depuis dans les thèses de Jonnart, de Cuilleret, de Delahaye ; enfin, tout récemment dans celle de Marcel.

Il nous paraît actuellement impossible de classer ces épидидymites selon leur pathogénie. On sait combien celle-ci est encore discutée ; et si, dans les épидидymites aiguës, l'infection par voie sanguine a pu être prouvée, comme elle l'est dans la belle observation que Quénu a publiée en 1909 ; dans les épидидymites chroniques, au contraire, ce mode d'envahissement est impossible à préciser.

Et d'ailleurs, si, dans la plupart des cas, l'origine vraie des épидидymites non tuberculeuses a pu être découverte, il en reste cependant un certain nombre, desquelles on peut dire seulement qu'elles ne sont certainement pas de nature tuberculeuse. Cette simple constatation est d'ailleurs d'une importance capitale aussi bien pour la conduite du traitement, que pour le pronostic à établir.

Les diverses causes d'épididymites se présentent avec une très inégale fréquence.

Il y a des formes véritablement exceptionnelles, telles que celles qui sont dues à des mycoses ; il y a des formes rares, ce sont les lésions secondaires ou tertiaires de la syphilis. Leur connaissance pourtant est capitale, puisque quelques semaines de traitement les guérissent.

Mais il est aussi des étiologies fréquentes, et parmi elles, les premières places reviennent au gonocoque d'abord, puis au colibacille, et aussitôt après au staphylocoque. Enfin, il y a le grand chapitre des épидидymites primitives en apparence, qui ne sont pas tuberculeuses, mais dont le diagnostic précis ne peut être fait. Ce sont les « épидидymites non spécifiques » des auteurs allemands, les « épидидymites fibreuses » de Schmieden, dont l'évolution semble toujours bénigne, et dont le traitement doit demeurer aussi strictement médical que dans les formes précédentes.

Nous étudierons donc d'abord les épидидymites rares d'origine mycosique ou syphilitique ; puis celles plus fréquentes qui relèvent de l'infection gonococcique, colibacillaire ou staphylococcique, et enfin celles dont l'étiologie n'a pu être établie.

A propos de chacune d'elles, nous dirons ce qu'on en sait déjà, quel est leur aspect clinique, d'après les descriptions qu'on en a fait et d'après nos observations. Nous étudierons aussi leurs caractères histopathologiques, et nous verrons les enseignements qu'on en peut tirer.

I. Les épидidymites exceptionnelles sporotrichosiques et syphilitiques

A. LES ÉPIDIDYMITES SPOROTRICHOSIQUES.

Bien qu'elles nous semblent les plus rares, ce sont peut-être les plus importantes. Elles peuvent, en effet, simuler la tuberculose aussi bien par leur évolution clinique très lente et par leur symptomatologie identique que par leurs signes associés. Elles sont d'un diagnostic facile si l'on pense à elles ; enfin, le traitement iodo-ioduré les améliore en quelques jours et les guérit en quelques semaines.

La connaissance de la sporotrichose épидидymaire est toute récente et le premier cas connu, de Lagoutte et Briau, remonte à 1909.

Il s'agissait d'un homme de 65 ans, de bonne santé apparente et sans antécédents. Le malade présentait de nombreuses gommes sous-cutanées, des gommes fistulisées des doigts communiquant avec des foyers osseux et articulaires, et enfin un gros abcès indolent de l'épididyme. L'inoculation au cobaye fut négative et la culture révéla des sporotrichum.

Jeanselme et Chevalier, en 1909, en publient un nouveau cas concernant un homme atteint de sporotrichose généralisée. Entre autres lésions, ce malade présentait deux petites tumeurs du volume d'un pois, de coloration rose vif sur le gland, quel-

ques noyaux indurés sur le scrotum. Enfin, son testicule et son épидидyme droits sont littéralement bourrés de noyaux volumineux. Le cordon est induré ; les mêmes lésions, mais moins marquées, se retrouvent à gauche.

Dormoy, dans sa thèse, en publie un nouveau cas, et Monier-Vinard observe encore un malade qui fait de nombreux abcès sous-cutanés et une orchite suppurée au cours d'une congestion pulmonaire. On pose le diagnostic de tuberculose, et c'est seulement après un an que des lésions d'aspect trichophytoïde attirent l'attention. Des examens complémentaires sont alors pratiqués et la culture révèle des sporotrichum dans le pus de ponction, et dans les crachats, où l'on trouve d'ailleurs également des bacilles de Koch. Aussi, Monier-Vinard, comme Dormoy, conseille-t-il de faire à la fois l'inoculation au cobaye et au rat, toutes les fois qu'il y a doute.

A l'étranger, quelques observations sont également rapportées. En 1922, M. Haase, Hall et C. H. Marshall en publient un cas intéressant, mais ici encore il s'agit d'une localisation accessoire de mycose comme dans les cas antérieurement publiés. Leur observation concerne un nègre âgé de 78 ans, ayant présenté à de multiples reprises des lésions cutanées, de nature blastomycosique et qui se plaint, en 1921, d'une tumeur de la bourse gauche.

A l'examen, il s'agit d'une tuméfaction diffuse portant à la fois sur le testicule et l'épididyme qui

sont inséparables. La tumeur n'est pas douloureuse, adhère à la peau, est légèrement fluctuante à sa partie postérieure. Le déférent dans son ensemble est induré mais ne présente pas de nodosités. Le toucher rectal n'apporte aucun nouveau renseignement.

Le diagnostic hésite entre tuberculose et cancer, et l'intervention est décidée.

On trouve un volumineux abcès épididymaire et la culture du pus permet d'isoler des blascomycètes. A l'examen histologique, infiltration diffuse de leucocytes polynucléaires et quelques cellules géantes contenant également des blascomycètes.

Le malade guérit complètement.

A l'occasion de cette observation, d'autres auteurs apportent des cas semblables mais moins intéressants. Francis Seneac, de Chicago, cite un fait analogue mais qui manque de la sanction histopathologique ; D. Louis E. Schmidt a également observé un cas d'épididymite mycosique mais accompagné de lésions scrotales.

Enfin, à côté des faits cliniques, des faits expérimentaux prouvent la réalité de l'épididymite sporotrichosique. Gougerot, de Beurmann et Vaucher, en 1912, publient une étude sur les sporotrichoses expérimentales. De leurs travaux, il résulte que l'inoculation expérimentale du rat détermine chez cet animal une localisation épididymaire tellement fréquente, qu'on peut la considérer chez lui, com-

me un véritable test de sporotrichose. Bien plus, cette sporotrichose expérimentale du rat se présente cliniquement comme une épидидymite bacillaire dont elle présente même début, même symptomatologie et même évolution.

Cependant, dans toutes les observations publiées depuis 1908, jusqu'en 1922, la localisation épидидymaire de la sporotrichose n'apparaissait guère que comme un épiphénomène au cours d'une sporotrichose généralisée ; et, dans toutes ces observations, le diagnostic nous apparaît facile, aujourd'hui que la sporotrichose épидидymaire est connue.

Beaucoup plus intéressante serait l'épididymite sporotrichosique monosymptomatique. Or, celle-ci existe de façon indiscutable, et à l'observation concluante de Thévenard, citée par Moure, nous ajouterons deux observations personnelles où le diagnostic n'a malheureusement été que rétrospectif.

Thévenard est appelé à voir, en 1921, un malade qui lui est envoyé avec le diagnostic de tuberculose épидидymaire, le malade présente une tuméfaction diffuse au niveau de la bourse gauche, de consistance irrégulière et présentant trois ulcérations.

Il s'agit d'un homme âgé de 62 ans, sans aucun antécédent génital avoué. En 1920, il a présenté un écoulement urétral brúnatre, indolent et intermittent, puis son testicule droit a augmenté de volume lentement et sans douleur. Le malade, alors à l'étranger, y a été opéré ; on lui a fait une castration unilatérale, sans qu'on ait connaissance du diagnostic posé à cette époque.

Actuellement, en 1921, aucune lésion prostatovésiculaire n'est perceptible au toucher rectal, mais une infiltration massive du tissu cellulaire sous-cutané et des téguments sus-jacents à la tumeur attire l'attention de Thévenard. Par ailleurs, aucun symptôme clinique ni sérologique de syphilis. La cuti-réaction à la tuberculose est également négative et le malade ne présente aucun antécédent, ni aucun symptôme de tuberculose.

Aussi, le diagnostic d'épididymite sporotrichosique est-il posé par Thévenard qui en demande cependant confirmation à la fois, au traitement iodo-ioduré, et au laboratoire.

Les réactions de fixation et d'agglutination sont pratiquées par M. Gougerot et permettent d'incriminer une nocardia ; parallèlement, le traitement iodo-ioduré amène en trois mois une guérison complète.

Dans les deux cas que nous publions, le diagnostic clinique n'a pas été posé et la lecture des observations l'explique en partie. Dans ces deux cas, il s'agit également d'une sporotrichose monosymptomatique, et c'est l'examen histopathologique seul qui en a permis le diagnostic secondaire.

OBSERVATION XVI

Cette observation a été prise dans le service de notre maître le professeur agrégé Lenormant, à la Pitié, qui a bien voulu nous autoriser à la publier.

C... Eugène, âgé de 37 ans, cordonnier de son état, entre

dans le service le 23 février 1928, pour une tuméfaction volumineuse de la bourse droite.

En 1919, le malade, à la suite d'un traumatisme très violent des bourses, ayant entraîné la perte de connaissance, a présenté pour la première fois un gonflement douloureux et rapidement constitué de la bourse droite. Le repos complet suffit à amener une régression absolue et rapide de la tuméfaction et des douleurs. En un mois, tout était redevenu normal du côté de son testicule, comme de sa prostate qui aurait également été augmenté de volume à cette époque. Cependant, depuis le premier incident, le malade a présenté, à diverses reprises et sans cause, plusieurs poussées de même nature, toutes également passagères, mais moins intenses. En février 1928, un nouveau traumatisme amène un nouvel épisode plus douloureux et un gonflement plus marqué. Le repos calme bien les douleurs, qu'exagère au contraire la station debout, et que la marche rend intolérables.

Actuellement, 23 février 1928, on constate une grosse tuméfaction du côté droit du scrotum, paraissant fluctuante en avant, présentant en arrière deux bosselures que l'on reconnaît être la tête et la queue de l'épididyme, de consistance égale et sans points ramollis.

Le canal déférent est gros, mais régulier.

Au toucher rectal, la prostate est un peu dure, mais les vésicules ne sont pas perceptibles ; l'examen des sécrétions prostatiques n'a pas été pratiqué.

On pose le diagnostic d'épididymite tuberculeuse avec léger épanchement de la vaginale.

Le malade ne présente aucun symptôme clinique de tuberculose passée ou actuelle. Cependant, depuis 1917, année où il a été intoxiqué par les gaz de combat, il dit présenter au réveil une toux pénible ramenant une expectoration visqueuse et abondante. Il n'est d'ailleurs fait ni examen bacté-

riologique des crachats, ni radiographie de l'appareil pulmonaire.

Le 25 février, l'épididymectomie est pratiquée. Incision à la partie antérieure du scrotum. On ne trouve pas de liquide dans la vaginale, dont les deux feuillets sont fusionnés, et ce qu'on avait pris pour une hydrocèle et trouvé fluctuant au cours de l'examen, était le testicule augmenté de volume, mais régulier. Une brèche accidentelle faite à l'albuginée permet de voir le parenchyme qui semble parfaitement sain.

L'épididyme est gros dans son ensemble, sans bosselure ni points ramollis. On pratique l'épididymectomie et l'on résèque environ dix centimètres de canal déférent.

Fermeture du scrotum par un surjet à la soie. On laisse en place une mèche, car il persiste un suintement sanguin assez abondant.

Les suites opératoires sont parfaitement simples et le malade sort guéri le treizième jour.

On prélève divers fragments, tant au niveau de l'épididyme que du déférent. Fixés au Bouin, et colorés à l'hématéine, au Gram ordinaire et au Gram-Claudius, ces fragments sont examinés par notre maître le professeur Lecène.

Les coupes des différents fragments prélevés montrent que l'épididyme est le siège de lésions inflammatoires étendues, aboutissant en de nombreux points à la destruction des canaux. Les conduits restants sont partout encerclés de manchons inflammatoires denses et sont plus ou moins en voie de disparition. Il existe quelques micro-abcès à centre purulent et des nappes inflammatoires diffuses, sans topographie particulière, où abondent des polynucléaires, accompagnés de lymphocytes, de plasmocytes et de quelques cellules géantes.

Les colorations au Gram ordinaire et au Gram-Claudius différencient bien de très nombreuses conidies, déjà visibles à l'hématéine, et qui sont semées en quantité dans les placards inflammatoires, soit libres, soit englobés par des macropha-

ges. On peut également en mettre en évidence à l'intérieur même de certains canaux épидидymaires.

Ces éléments, Gram positif de taille variée, sont en général allongés, en forme de « pépin », quelquefois arrondis. Souvent en bourgeonnement ils revêtent alors la forme de « co-



Epididymite sporotrichosique

nidie levure ». La présence sur les coupes de ces amas de conidies (aussi abondantes ici que dans les préparations de la maladie expérimentale du rat) permet d'affirmer la *nature sporotrichosique* de cette épидидymite. Le diagnostic a

d'ailleurs été confirmé par M. le Docteur Langeron, qui a bien voulu examiner nos coupes.

La coloration au Ziehl de différentes coupes n'a pas permis de mettre en évidence, d'association de bacille de Koch.

Aucune culture n'a pu être effectuée, la pièce nous étant parvenu fixée en totalité (figure 1).

Il est bien évident, que rien dans cette observation ne pouvait permettre d'incriminer une sporotrichose; et cependant, si l'on s'en rapporte à l'ensemble de nos observations, la trop longue évolution de l'affection, l'absence à peu près complète de lésions prostatato-vésiculaires, l'absence de tout antécédent bacillaire, auraient peut-être dû faire rechercher une autre étiologie possible, avant d'affirmer le diagnostic de tuberculose.

OBSERVATION XVII

La seconde observation de sporotrichose épididymaire provient du service du Docteur Cadenat, à Saint-Louis, qui a bien voulu nous autoriser à la publier.

M. L., âgé de 27 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, le 12 mai 1928, pour une tuméfaction des bourses, remontant à 8 jours. Le malade n'accuse aucune douleur, n'a pas de fièvre, n'avoue aucun antécédent susceptible d'être retenu.

A l'examen, on trouve un noyau dur et indolent siégeant à la queue de l'épididyme droit, sans aucune réaction vaginale ou funiculaire.

Le déférent, la prostate et les vésicules paraissent sains. On pose le diagnostic de tuberculose épididymaire et l'épidi-

dymectomie est pratiquée le 15 mai. Les suites opératoires sont très simples, et le malade qui a été revu depuis et qui a suivi un traitement iodo-ioduré, reste parfaitement guéri.

Des fragments furent prélevés au niveau du noyau épидидymaire et l'examen histopathologique a donné les renseignements suivants :

Les fragments épидидymaires examinés, sont le siège de phénomènes inflammatoires très marqués, ayant abouti à la disparition de presque tous les canaux, les rares conduits restant étant, eux aussi, en voie de disparition. La majeure partie des coupes est occupée par de vastes placards inflammatoires diffus, sans caractère spécifique, composés de polynucéaires, de lymphocytes, de rares plasmocytes et d'ébauches de cellules géantes.

Les colorations au Gram permettent de mettre en évidence, dans ces amas inflammatoires, des éléments Gram positif de taille variable, souvent allongés en forme de « pépin », parfois bourgeonnants en *conidies-levures*. Quelques-unes de ces conidies sont en voie de phagocytose.

Bien que des cultures n'aient pu être faites, la pièce nous étant parvenue fixée en totalité, la présence indiscutable de conidies sur les coupes permet de diagnostiquer la nature sporotrichosique de cette épидидymite. Ce diagnostic a été confirmé par M. le Dr Langeron.

Dans ce cas encore, des colorations au Ziehl d'une série de coupes n'ont pas permis de mettre en évidence d'association de bacille de Koch.

Dans les deux cas, le diagnostic de tuberculose avait été posé et l'examen histopathologique seul a permis de remonter à l'étiologie exacte, car il a

montré les deux fois les microorganismes en cause. Le diagnostic de sporotrichose est-il possible quand le sporotrichum échappe à l'examen?

D'après les lésions histologiques que nous ont montré nos coupes, il ne le semble pas. Cependant, si l'on avait la chance de découvrir le « sporotrichome » typique, tel que le décrit Moure, on pourrait sans doute penser à une mycose, et rechercher à temps la réaction de fixation du complément qui confirmerait le diagnostic comme elle a pu le faire dans le cas de Thévenard. La lésion type des sporotrichoses pourrait en effet se reconnaître à l'examen direct. C'est une granulation caractérisée par trois zones concentriques d'aspect typique : une zone périphérique d'infiltration lymphocytaire ayant un aspect syphiloïde, entourée elle-même d'une réaction scléreuse ; une zone moyenne épithélioïde ou giganto cellulaire d'aspect tuberculoïde, et enfin une zone centrale véritable micro abcès à polynucléaires macrophages. Il faut d'ailleurs reconnaître, avec Moure, que cet abcès se rapproche beaucoup du follicule tuberculeux, quoiqu'il n'y ait pas ici de zone de caséification véritable. Et comme on sait aussi que les sporotrichoses peuvent, dans d'autres cas, simuler les lésions syphilitiques, on comprend que, en l'absence de micro organisme, des recherches spéciales — cultures ou réactions sérologiques — doivent venir en aide à l'histologie. •

Le diagnostic reste cependant possible par des examens de laboratoire avant l'intervention, si quel-

ques faits cliniques attirent l'attention vers une mycose.

Ce n'est pas sur un examen des sécrétions uréthrales qu'il faut compter pour trouver les sporotrichum, même si cet écoulement existe comme dans le cas de Thévenard, car la sporotrichose semble bien envahir l'épididyme par voie sanguine, comme le peuvent faire tous les microbes et comme semble le faire, le plus souvent le bacille de Koch. Les recherches expérimentales de de Beurmann, Gougerot et Vaucher, prouvent bien cette pathogénie. Aussi, en l'absence de lésions cutanées qui rendent le diagnostic facile, doit-on faire appel au laboratoire. Si l'on perçoit à l'examen un abcès épидidymaire, la ponction faite avec une grosse aiguille et la culture sur gélose glycosée de Sabouraud demeure le moyen de diagnostic le plus fidèle et le plus simple. Si l'examen ne permet pas de faire cette ponction avec quelques chances de succès, on devra pratiquer la recherche de la fixation du complément, sur l'importance de laquelle ont insisté Gougerot et de Beurmann, ou la sporoagglutination de Widal et Abrami.

Ces deux épreuves nous semblent plus précises que la cuti réaction de Bruno Bloch, la sous-cutiréaction de Pautrier et Lutembacher ou l'intra dermo de de Beurmann et Gougerot.

Enfin, si la lésion est fistulisée, le diagnostic devient plus difficile encore, car les sporotrichum ré-

sistent mal aux pyogènes banaux. On pourra cependant tenter l'ensemencement en milieu froid, les sporotrichum s'accommodant seuls de ces conditions de culture. Mais, même lorsque l'on ne dispose pas d'un laboratoire bien outillé, le diagnostic demeure possible dans les cas douteux, l'épreuve du traitement iodo-ioduré constituant un véritable critérium à la fois thérapeutique et diagnostique.

B. LA SYPHILIS ÉPIDIDYMAIRE.

Localisée à l'épididyme seul, c'est une véritable rareté. Elle est à bien connaître, mais son diagnostic facile la rend cependant moins intéressante que la sporotrichose. Elle a été beaucoup étudiée, et nous n'en n'avons pas rencontré de cas nouveau ; aussi nous bornons-nous à rappeler rapidement les descriptions qui en ont été faites, tant en France qu'à l'étranger.

L'épididymite secondaire est tout à fait exceptionnelle. Dron, le premier, l'a étudiée dans son mémoire datant de 1863, et, depuis, son étude a été reprise par Guilleret, un de ses élèves, en 1890. D'après ces auteurs, comme d'après Michelson plus récemment, elle apparaîtrait précocement dans les 4 à 5 mois qui suivent l'apparition du chancre. Elle débute silencieusement et évolue de même. Unilatérale en règle, elle peut être double, mais rarement, et c'est avant tout sa localisation qui est caractéristique. Elle frappe strictement la tête de

l'épididyme, où elle forme un noyau de consistance ferme, indolore et de volume variable. L'épreuve du traitement constitue à son égard un véritable critérium diagnostique.

A côté de cette forme chronique, d'emblée, Michelson décrit une épididymite diffuse d'évolution subaiguë, avec réaction vaginale mais de pronostic également bénin. Alors que l'épididymite de Dron simule surtout la tuberculose, lorsque celle-ci est localisée à la tête, l'épididymite diffuse de Michelson, moins souvent localisée au pôle supérieur, crée plutôt la confusion avec une épididymite subaiguë gonococcique ou microbienne banale.

L'épididymite tertiaire, sans lésion testiculaire, est aussi rare que l'orchiepидidymite de cette période est fréquente.

Delahaye et Jonnart l'ont étudiée en France, Michelson en Amérique. Elle apparaîtrait de façon précoce, avant l'orchite gommeuse (Michelson), rarement plus de cinq ans après l'accident initial.

C'est une épididymite gommeuse ou scléro-gommeuse, qui frappe irrégulièrement le corps et la tête à l'exclusion presque absolue de la queue. Rare et d'une indolence remarquable, elle est d'une évolution presque toujours bénigne et toujours très lente. Ce sont des malades qu'inquiète une augmentation de volume anormale de leur testicule, ou bien c'est au cours d'un examen complet pratiqué pour une autre cause qu'on la trouve. Elle se fistulise exceptionnellement, enfin, elle est remarquablement

influencée par le traitement ioduré ou mixte, mercuriel et ioduré.

Tout récemment, Y. G. Marcel, dans un article des Annales des Maladies vénériennes, puis dans sa thèse, a décrit à nouveau les orchépididymites tertiaires, mais il s'est surtout attaché à montrer au contraire l'intégrité presque constante de l'épididyme contrastant avec la fréquence de l'atteinte testiculaire. Près du tiers des syphilitiques à la période tertiaire présenteraient, selon lui, des lésions testiculaires.

Quoi qu'il en soit, le diagnostic d'épididymite syphilitique est facile si l'on pense à rechercher les signes cliniques de syphilis et à pratiquer les réactions sérologiques. L'absence de lésions génito-urinaires associées, la tendance à la guérison spontanée des épididymites secondaires, et surtout l'épreuve du traitement qu'il faut pratiquer systématiquement toutes les fois qu'il y a doute suffisent à faire ce diagnostic.

Si l'erreur a, malgré tout, été faite, le diagnostic histologique de l'épididymite syphilitique est également facile.

II. Les épididymites chroniques fréquentes gonococciques et infectieuses banales

Si les épididymites syphilitiques et sporotrichosiques sont rares, d'autres étiologies, par contre, sont fréquentes, au premier rang desquelles se place la gonococcie.

A son côté, il nous faudra étudier les épididymites colibacillaires et staphylococciques. Enfin, une large place doit être laissée à toute une série d'épididymites chroniques à début souvent subaigu, qui ne sont certainement ni tuberculeuses, ni sporotrichosiques, ni syphilitiques, et dont l'étiologie gonococcique ne peut être prouvée. Le diagnostic demeure donc pour elles un diagnostic négatif, mais les conclusions thérapeutiques en sont cependant très importantes.

I. LES EPIDIDYMITES GONOCOCCIQUES.

Ce sont les plus connues, mais les descriptions classiques ne nous semblent pas envisager la totalité des faits. Les classiques n'envisagent guère, en effet, que l'orchépididymite aiguë, grave, légère ou avortée, suivant l'intensité des symptômes, et si le diagnostic de l'épididymite gonococcique se pose avec la tuberculose, ce n'est que plus tard, lorsque le clinicien hésite entre le nodule blennorragique résiduel de la région épididymo-déférentielle et la for-

me localisée de la tuberculose épидидymaire au globus minor.

Dans ces cas, en effet, le diagnostic peut être difficile par le simple examen local. Mais l'étude des antécédents du malade, les lésions prostatovésiculaires au toucher rectal, l'examen bactériologique et la culture des sécrétions prostatiques et uréthrales, l'antécédent d'une gonococcie et d'une orchite aiguë rendent le plus souvent la tâche aisée.

Mais lorsque manque l'antécédent d'orchite aiguë, lorsque la blennorragique peut sembler douteuse, lorsque d'emblée l'épididymite gonococcique évolue de façon chronique ou subaiguë, l'erreur est plus difficile à éviter.

Cependant, il y a déjà longtemps que Fournier avait décrit une forme « pseudo tuberculeuse » de l'épididymite blennorragique : « à marche subaiguë, insidieuse, caractérisée par le gros volume et les bosselures de l'épididyme, par des douleurs... Après un état stationnaire de plusieurs semaines, de plusieurs mois, elle se termine, soit par la résolution, soit par la suppuration... Quelquefois, il se produit plusieurs poussées successives jusqu'à ce que la suppuration survienne. La durée, en est toujours fort longue ». Cette description, comme on le voit, se rapproche beaucoup de la tuberculose épидидymaire, et pour MM. Sebileau et Descomps il s'agirait là d'épididymites tuberculeuses méconnues. C'est possible, et pourtant cette évolution ressemble étrangement à certaines observations modernes que le la-

boratoire a bien montrées n'être pas d'origine tuberculeuse.

Les deux observations suivantes que nous avons pu recueillir rappellent assez bien le tableau clinique qu'en faisait jadis Fournier.

OBSERVATION XV

M. Jean D..., 40 ans, 1907.

Il s'agit d'un homme de 40 ans, qui se plaint de douleurs testiculaires depuis un an environ. Le malade avoue plusieurs blennorragies ; la dernière, en date remonte à près de deux ans ; elle semble d'ailleurs complètement guérie depuis plus de 10 mois. Il n'y a plus aucun trouble de la miction ; pas la moindre goutte matinale ; les urines sont claires et l'urètre parfaitement sain.

Depuis une dizaine de mois, ce malade a présenté, à quatre reprises, des poussées d'épididymite gauche, poussées douloureuses avec gonflement sans élévation thermique, sans qu'il ait consulté de médecin, mais à chaque récurrence il a dû interrompre son travail. Entre les crises persistait une sensation légère de pesanteur imposant le port d'un suspensoir.

A l'examen physique, le testicule apparaît normal ; la vaginale est libre et son pincement facile, comme celui de la tête de l'épididyme ; en aucun point il n'y a de modification des téguments, ni rougeur, ni adhérence.

Au niveau de la queue de l'épididyme, on ne perçoit plus qu'un noyau dur, peu volumineux et peu douloureux.

Le déférent au-dessus est également dur et douloureux, mais il n'y a pas de *funiculite*.

Le toucher rectal n'apporte aucun renseignement nouveau et montre une prostate et des vésicules qui paraissent saines.

L'examen de l'urètre à cette époque — 1907 — fut pratiqué

seulement à l'explorateur à boule. On ne trouve aucune modification de son calibre.

Il n'y a pas de goutte matinale.

L'examen bactériologique des sécrétions prostatiques n'est point fait. L'examen complet du malade ne montre aucune altération des divers appareils. On ne trouve ni antécédents, ni signes cliniques de tuberculose ou de syphilis.

On pose, malgré l'absence de contrôle bactériologique, le diagnostic d'épididymite gonococcique et le malade est mis au repos. On lui prescrit seulement le port d'un suspensoir.

Après huit jours de repos partiel et d'antiseptie urinaire, les symptômes locaux ont considérablement regressé. Cependant, à la demande formelle du malade, craignant de nouvelles récidives, on doit pratiquer l'intervention.

L'épididymectomie est faite alors, sans incident opératoire et les suites de l'opération furent parfaitement normales. L'examen histologique de la pièce opératoire est fait par le professeur Lecène.

La coupe passant par la queue de l'épididyme montre la section de tubes épидидymaires et du déférent, noyés dans une véritable gangue scléro-inflammatoire. Le déférent et les tubes épидидymaires paraissent intacts. Les traînées inflammatoires sont marquées autour des tubes, où elles forment des nodules à lymphocytes et polynucléaires sans caractères particuliers.

Le diagnostic est porté d'épididymite subaiguë péricanaliculaire.

Les colorations au Gram et au Ziehl ne montrent aucun microbe, ni gonocoque, ni bacille de Koch.

Le malade est suivi pendant plusieurs mois sans

présenter rien de particulier ; il n'a malheureusement pu être revu depuis.

De ce cas, il nous faut surtout retenir l'évolution capricieuse répondant à la vieille description qu'en avait donné Fournier, d'une épididymite non tuberculeuse chez un blennorragique avéré. La sanction bactériologique nous manque en effet, mais devant les faits cliniques et histologiques, elle nous semble inutile pour poser un diagnostic ferme, d'épididymite gonococcique.

La seconde observation que nous devons à l'obligeance du Docteur Moulonguet, assurant le service du Docteur Cadenat durant les vacances, diffère également, à la fois, de l'épididymite aiguë et du classique noyau résiduel de l'épididymite aiguë.

Son évolution subaiguë ambulatoire permet d'en faire un type intermédiaire à ces deux formes.

De plus, l'épididyme est pris ici en totalité, sans prédominance au niveau de la queue, et ce type, s'il est anatomiquement conforme à la description d'épididymite aiguë, en diffère cependant par l'absence de signes généraux, par sa relative indolence, et son évolution prolongée.

OBSERVATION XIV

Georges G., 21 ans.

Salle Cloquet, n° 14, St-Louis.

Le malade, âgé de 21 ans, entre à la salle Cloquet, le 14 septembre 1927, pour une tuméfaction douloureuse de la bourse droite.

Il y a 2 ans, ce malade a contracté une première blennorragie, qui a évolué sans complications pendant deux mois environ. Il y a 6 mois, il a présenté un nouvel écoulement léger, qui a encore duré 2 mois. Enfin, depuis 3 mois environ, le malade souffre de son testicule droit, au niveau duquel apparaît un gonflement.

Il aurait présenté à ce moment un nouvel écoulement passager. Depuis 15 jours, les symptômes locaux se sont aggravés, en même temps qu'apparaissent des signes généraux légers ; température à $37^{\circ}5-38^{\circ}$, fatigue, abattement, inappétence.

A son entrée à l'hôpital, la température est seulement à $37^{\circ}5$, et demeurera normale tout le temps de l'hospitalisation. A l'inspection, légère augmentation de volume de la moitié droite du scrotum, sans altération des téguments.

A la palpation, l'épididyme est augmentée de volume dans son ensemble, assez peu douloureux, et l'augmentation porte sur tout l'épididyme, sans prédominance sur l'une ou l'autre de ses parties.

Le testicule apparaît aussi un peu augmenté de volume, mais est peu douloureux et de consistance normale.

La vaginale ne se laisse pas pincer. Il semble qu'il y ait une légère lame d'hydrocèle.

Au niveau du cordon, funiculite très nette, sans déférentite.

Le toucher rectal ne révèle aucune modification, ni de la prostate, ni des vésicules.

Enfin, les antécédents et le passé génital chargé du malade, font penser aussitôt à la blennorragie. Un examen des sécrétions urétrales et prostatiques, après massage prostatopéri-néal, montre du gonocoque en abondance.

L'examen général du malade ne révèle par ailleurs aucune lésion des divers appareils.

Au total, épидидymite subaiguë gonococcique au cours d'une urétrite chronique.

Le malade sort après quinze jours de repos à l'hôpital, et

est envoyé au service d'urologie pour traitement de son urétrite résiduelle. L'amélioration persiste et le malade reprend son travail. Il n'a pu être revu depuis.

On voit par ces deux exemples le polymorphisme extrême de l'épididymite gonocoecique dans ses conditions d'apparition, dans sa physionomie clinique, et dans son évolution. On voit aussi que l'examen clinique seul peut être insuffisant pour poser le diagnostic étiologique exact.

Ces deux cas sont, en effet, assez dissemblables ; le diagnostic avec la tuberculose ne se posait pas en vérité, et nous ne les avons recueillis que pour montrer les divers aspects que peut présenter l'épididymite blennorragique. Dans le second cas seulement, on peut affirmer l'étiologie gonococcique, puisqu'il y a eu vérification bactériologique.

C'est que l'examen histologique est, en effet, tout à fait incapable de nous fournir un diagnostic de certitude. La constatation d'éléments microbiens sur les coupes serait nécessaire, et l'on sait combien il est exceptionnel.

Et pas plus, le siège des lésions endo ou péricanaliculaires, que leurs caractères propres ne permettent d'incriminer tel ou tel microbe.

Toutes les épididymites chroniques peuvent être d'origine vasculaire ou canaliculaire, les gonococciques comme les autres, et ceci pourrait expliquer ce fait que les lésions sont suivant les cas surtout endo ou péricanaliculaires. Dans toutes les épididy-

mites inflammatoires on trouve des amas inflammatoires d'évolution subaiguë, surtout développée autour des tubes dont ils respectent ou non la lumière autour des vaisseaux et tout particulièrement des lymphatiques, et la description des épидидymites gonococciques, répond aussi bien aux épидидymites infectieuses, d'origine staphylococcique par exemple.

Aussi l'exploration endo uréthrale, l'uréthroscopie, le cathétérisme, l'examen direct et la culture des sécrétions prostatiques sur divers milieux et tout particulièrement sur les milieux au sang (gélose au sang de Pfeiffer-Giscard) nous paraissent indispensables à l'examen.

Cet examen sera répété, s'il est besoin, après réaction; il est rare qu'il demeure négatif.

Dans ces cas, il faut se souvenir des porteurs de gonocoque dits « sains » et de la notion nouvelle du gonococcisme latent.

Et sans vouloir reprendre ici la question de la spermoculture si âprement discutée par les spécialistes, il semble qu'à côté de cas difficiles à interpréter (pseudo-gonocoques), il y ait des cas irréfutables de porteurs de gonocoque cliniquement guéris.

Depuis le début de notre thèse, nous n'avons pas eu l'occasion de pratiquer la spermoculture : le simple examen des sécrétions uréthro-prostatiques ayant mis en évidence, selon les cas du gonocoque ou des microbes banaux nous l'avons rejeté comme inutile. Dans d'autres cas plus complexes et plus

douteux, nous n'avons pu réussir à convaincre les malades de sa nécessité. Il est de toute évidence qu'il faut y recourir toutes les fois qu'une épидидymite n'est pas d'un diagnostic certain ou qu'elle ne fait pas sa preuve bactériologique de façon plus simple.

Elle sera complétée par une spermo-inoculation au cobaye pour éliminer, dans une certaine mesure tout au moins, la tuberculose.

Les auteurs étrangers s'accordent pour trouver rare l'épididymite gonococcique d'évolution chronique, et tous se sont surtout attachés à l'étude des épидидymites non gonococciques que nous allons maintenant étudier.

2) LES ÉPIDIDYMITES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES NON GONOCOCCIQUES.

Elles sont relativement fréquentes, quoique peu étudiées en France, contrairement aux épидидymites aiguës.

Nous ne voyons guère que quelques observations se rapportant à cette classe de lésions.

Heitz-Boyer, en 1921, publie deux cas d'épididymite à évolution subaiguë par infection colibacillaire, et dans les deux cas, première manifestation d'un syndrome entéro-rénal latent.

Bonneau, en 1924, en rapporte une observation nouvelle au Congrès annuel de l'Association Fran-

gaise d'Urologie et soulève la question des épидидymites chroniques pseudo-tuberculeuses.

En Allemagne, au contraire, de nombreux auteurs les ont étudiées sous des appellations diverses, ce sont : « les épидидymites fibreuses », avec Schmieden, les « épидидymites chroniques non spécifiques » avec la plupart des autres auteurs.

Dès 1893, Elsenberg publie des observations d'épididymites chroniques dont il n'a pu retrouver l'étiologie mais qui ne sont certainement pas d'origine tuberculeuse.

En 1904, Michelson et Newmann observent des cas semblables.

En 1905, Hirschberg décrit une épидидymite à bacille pyocyanique au cours d'une urétrite de même origine.

Kappis, en 1906, étudie déjà les épидидymites chroniques non tuberculeuses, mais en 1919, il en donne une étude beaucoup plus complète, basée sur six observations nouvelles qu'il a pu recueillir.

Si Kappis n'a pu arriver à un diagnostic étiologique que dans deux cas, dans les quatre autres, il a pu éliminer formellement la tuberculose et la gonococcie. L'auteur insiste tout particulièrement sur les lésions prostatato-vésiculaires associées qui rendent plus difficile encore le diagnostic avec la tuberculose, et cette difficulté est telle, d'après lui, qu'elle autorise l'incision exploratrice permettant l'examen histologique d'un fragment épидидymaire.

En 1920, Dorn consacre aux épididymites chroniques une longue monographie. Le staphylocoque lui paraît être l'agent pathogène le plus souvent en cause, mais cette étiologie demeure toujours difficile à prouver. En effet, à côté des staphylococcémies aiguës classiques, à grand fracas, qui peuvent se compliquer d'orché épididymites aiguës, il existe d'après Lenhsartz, des infections générales à staphylocoque atténué, simulant en tous points la tuberculose, et dont seule, l'hémoculture permettrait le diagnostic. Ces staphylococcémies latentes sont susceptibles de déterminer, tant au niveau de l'épididyme que dans le rein ou le poumon, des lésions cliniquement et macroscopiquement identiques à celles de la tuberculose, et que seul un examen histopathologique et bactériologique permet de reconnaître.

Schlagunhauser, dans trois cas, a pu identifier un même staphylocoque par hémoculture, par examen direct et par culture d'un fragment d'épididyme.

Schwarz, en 1923, insiste encore sur la difficulté du diagnostic entre l'épididymite tuberculeuse et les « épididymites chroniques fibreuses ». Il en publie cinq observations chez des malades indemnes de tuberculose, de syphilis, et de blennorragie. Tous avaient cependant des lésions prostatodéférentielles très nettes. Chez tous ses malades Schwarz pratiqua l'épididymectomie et l'examen histopathologique. Il trouve dans les cinq cas des lésions

assez superposables d'épididymite inflammatoire subaiguë, péri-canaliculaire. Jamais il ne put mettre en évidence, ni follicules tuberculeux, ni cellules géantes du type de Langhans, et se crut autorisé par cela même, à éliminer la tuberculose au point de vue anatomo pathologique, comme il l'avait déjà éliminé par la clinique. Avec les auteurs précédents et comme Diesel, Schwarz demande que, toutes les fois que le diagnostic de tuberculose n'est pas absolument indiscutable, le malade bénéficie du doute. L'intervention, dans ces cas, doit être systématiquement rejetée.

Ingramm et Kretschner, aux Etats-Unis, Crescenzi, en Italie, apportent des faits analogues, et la statistique publiée par Ingramm porte sur plus de 1.900 observations.

Mais parmi ces épидидymites chroniques non gonococciques, qu'elles s'accompagnent ou non d'un écoulement uréthral, il faut encore faire une classification nouvelle, et nous étudierons d'abord deux variétés de fréquence relative, mais dont le diagnostic étiologique nous semble pouvoir être posé, les épидидymites colibacillaires et staphylococciques et enfin les épидидymites inflammatoires d'origine indéterminée, dont nous pouvons seulement dire qu'elles ne sont pas tuberculeuses, ni gonococciques, ni syphilitiques, ni même sporotrichosiques.

A. Les épидидymites colibacillaires.

Relativement fréquentes, elles commencent à être bien connues et surviennent au cours d'une infec-

tion colibacillaire, le plus souvent latente. L'épididyme peut être infecté, soit par voie sanguine, soit par voie canaliculaire ascendante ; que les colibacilles de l'urine aient colonisé à leur passage dans l'urètre postérieur ou même sans colibacillurie, les vésicules étant infectées initialement par propagation lymphatique directe (Rowling).

De ces épидidymites colibacillaires nous avons pu recueillir quatre observations. Elles nous ont été obligeamment communiquées par le Docteur Wolfom qui les a observées en moins de deux ans.

Toutes ont d'ailleurs présenté un début bruyant. Elles ont évolué ensuite, de façon chronique et bénigne.

OBSERVATION X

M. D..., 29 ans, est pris, le 12 décembre 1926, d'une assez vive douleur au niveau du testicule gauche, en même temps que d'un malaise général.

Il vient consulter le 15 décembre ; présente un écoulement urétral contenant des bactéries, Gram négatif, ayant la morphologie du colibacille.

L'épididyme droit présente une grosse tuméfaction régulière et douloureuse ; le canal déférent correspondant est augmenté de volume.

La vésicule droite forme un gros lobe dur et douloureux au-dessus de la prostate qui paraît indemne au toucher.

L'urine est trouble dans les trois verres. Le premier verre est riche en gros filaments ; la présence du colibacille est vérifiée dans l'urine ; aucune constipation ; pas de passé d'entérite nette. Le malade n'a jamais eu de blennorrhagie. Sa température varie entre 38° et 39°.

Le malade est mis au repos complet avec applications chaudes. Aucune amélioration au bout de quelques jours. Des injections de lait intra-musculaires restent sans grande action. Il en est de même d'une série d'injections vaccinales.

Au bout de cinq semaines, les phénomènes douloureux disparaissent. Il persiste seulement un état de grande-fatigue et une induration modérée et peu douloureuse des deux épидидymes.

Six mois plus tard, le malade est atteint d'une nouvelle poussée d'épididymite droite, qui cède en quelques jours ; les deux épидидymes restent encore tuméfiés, surtout au niveau de leur partie supérieure, mais sont presque indolents et le malade n'a pu être suivi depuis.

OBSERVATION XI

M. R..., 46 ans, souffre depuis plusieurs années d'une infection colibacillaire des voies urinaires : pyélo-néphrite compliquée d'épididymite, évoluant par poussées espacées de plusieurs mois. En juillet 1924, il fait une prostatite qui nécessite une périnéotomie. Celle-ci est pratiquée à l'étranger, mais le malade garde des urines troubles et éprouve bientôt quelque difficulté pour uriner, les mictions sont souvent impé-rieuses. Il vient consulter le 3 novembre 1924.

Les urines sont troubles dans les trois verres et ont l'odeur caractéristique que donne le colibacille.

Il persiste un noyau à la queue de l'épididyme gauche. La prostate paraît souple, son massage n'en fait sortir que de faibles débris où l'on trouve du staphylocoque. Le canal laisse passer librement une sonde n° XVIII. La vessie après miction garde un résidu de 150 grammes. La cystite est traitée par quelques instillations de nitrate d'argent et d'huile goménolée.

Une cystoscopie met en évidence l'existence dans la paroi gauche de la vessie, en arrière et en dehors du méat urétral, d'un orifice ovalaire sombre qui bientôt s'encombre d'un nuage de gouttelettes d'huile goménolée, alors qu'il y a plusieurs jours qu'aucune instillation de cette huile n'a été pratiquée. On pense à l'existence d'un diverticule que confirme une cystographie. Celle-ci met en évidence un diverticule postéro-latéral gauche, d'un volume voisin de celui de la vessie distendue avec 200 grammes de solution au collargol à 10 %.

Le malade quitte la France, et on lui pratique à l'étranger une résection de ce diverticule.

L'état du malade s'améliore et quelques mois après les urines encore purulentes contiennent toujours du colibacille.

Le malade est soumis à un traitement par les vaccins colisonde du docteur Maute. Les résultats en sont assez bons, à condition que l'emploi du vaccin soit presque continu ; néanmoins, les urines restant troubles on fait un traitement par le bactériophage de d'Hérelle. Les améliorations ne sont que passagères. Le malade multiplie les cures hydro-minérales et au cours de l'une, en août 1925, il est repris d'une grosse épididymite gauche douloureuse. L'épididyme est pris en masse. Du repos et des applications chaudes, l'emploi du vaccin colisonde, en amènent bientôt la guérison, mais il persiste une induration de tout le cimeter épididymaire et la vésicule gauche est encore très augmentée de volume.

OBSERVATION XII

M. M., 63 ans, éprouve depuis plusieurs mois une sensation de pesanteur dans le bassin. Il a la sensation que sa vessie se vide mal. Il urine assez souvent le jour, pas du tout la nuit. Les mictions sont parfois impérieuses et quelques gouttes d'urine, de temps à autre, s'échappent involontairement. Il a de fortes envies d'uriner, alors qu'il peut

à peine émettre un verre à bordeaux d'urine. Pas de difficulté à commencer la miction, pas d'obligation de pousser quand il urine.

Un seul antécédent de blennorragie en 1917 qui a laissé un écoulement persister quelques années.

Le 17 juillet 1927, il est pris d'une vive douleur au testicule gauche, en même temps que sa température atteint 39°. En vingt-quatre heures, la fièvre tombe et il vient consulter.

Il présente un écoulement urétral contenant des bactéries, Gram négatif, ayant la morphologie du colibacille. La bourse gauche présente un certain degré d'hydrocèle. L'épididyme correspondant est tuméfié en masse et douloureux.

On constate au toucher rectal des noyaux durs dans la prostate, mais la vésicule n'est pas perceptible.

L'urine est trouble dans les trois verres.

Le canal est perméable à une sonde XVIII.

Pas de résidu vésical après miction.

Le soir même de l'examen, nouvelle poussée thermique à 39°. Le rein droit paraît augmenté de volume. Les compresses chaudes, un régime végétarien, une cure de diurèse améliorent rapidement les symptômes.

Le 12 août 1927, le malade est en bonne voie de guérison mais l'épididyme reste dur, surtout au niveau de sa queue. L'hydrocèle a disparu. Le malade n'a malheureusement pu être suivi depuis cette date.

OBSERVATION XIII

M. D..., 47 ans, a eu quelques phénomènes de fréquence, il y a six semaines. Il aurait même uriné un peu de sang.

Voici huit jours, au cours d'un voyage en automobile, il est pris brusquement de grands frissons avec claquements de dents, tremblements et fièvre à 40°.

Il rentre chez lui et est pris d'une violente douleur au ni-

veau du testicule gauche, en même temps que d'une abondante hématurie totale.

Examiné le 21 septembre, il présente des urines troubles dans les trois verres, et ces urines sont sanglantes.

L'épididyme gauche est tuméfié en masse et très douloureux ; il n'y a pas d'écoulement urétral, mais la prostate est dure, douloureuse ; la vésicule gauche est énorme. La fièvre oscille autour de 39°.

L'examen bactériologique des urines y montre du colibacille.

Soumis d'abord à un régime d'eau sucrée, puis à une alimentation végétarienne, le malade a d'abord une nouvelle poussée thermique à 39°, puis sa température baisse progressivement. La douleur diminue, mais l'épididyme gauche reste uniformément gros ; il faut noter que le malade a présenté pendant cinq ou six jours une très violente douleur névralgique au niveau de l'épaule et au bras gauche.

Comme on peut le voir d'après ces observations, le colibacille est susceptible de déterminer des épididymites d'allure clinique variable.

Dans tous les cas, le diagnostic a pu être affirmé par la présence des colibacilles dans l'urine, et dans tous le début assez brutal a permis un examen précocé.

Wolf fromm a toujours eu à faire à un colibacille typique et facile à identifier, mais il faut connaître son polymorphisme ; et Fisch a insisté récemment sur ses variations de virulence et d'aspect, et peut-être faut-il voir dans ces caractères biologiques variables une explication à l'évolution si diverse de ces épididymites.

D'autres auteurs ont d'ailleurs rencontré des épидidymites colibacillaires, Heitz-Boyer a publié deux observations d'orchépididymites en apparence primitives, premières manifestations d'un syndrome entéro-rénal latent vérifié bactériologiquement.

A l'étranger, Kappis, Gron Frédéric, Th. Thjota, en relatent encore des cas identiques, mais toujours leur début subaigu où même aigu, les caractères des urines, la quasi constance de grosses lésions prostatiques douloureuses, l'examen bactériologique enfin, en permettent un diagnostic facile.

Il faut penser cependant aux formes rares que peuvent anormalement revêtir les colibacilles et qui peuvent rendre difficile la tâche du bactériologiste.

Dans l'ensemble, comme on le voit, l'épididymite colibacillaire est d'un diagnostic bactériologique facile, et son allure clinique, à elle seule suffit à attirer l'attention : ce n'est pas une épидidymite pseudo tuberculeuse dans son mode de début tout au moins, et toutes les fois que l'on peut assister au début clinique de l'épididymite, le diagnostic avec la tuberculose ne se pose pas.

Au contraire, les épидidymites staphylococciques ont souvent été cause d'erreurs de diagnostic, comme on va le voir.

B. *Epididymites staphylococciques.*

Quénu, en 1909, publie la première observation d'épididymite aiguë staphylococcique et prouve

l'origine hématogène de l'infection. Depuis, de nombreuses observations sont faites en France et à l'étranger par Dumond et Tissier, Dubois, von Biland.

Parallèlement à ces épидидymites aiguës survenues au cours de staphylococcémies graves, il existe des épидидymites chroniques secondaires à des infections staphylococciques, souvent passées inaperçues, et c'est le mérite de Dorn d'avoir cherché à prouver le rôle du staphylocoque dans l'épididymite chronique.

Dans ses nombreuses observations, il a pu constater la présence de staphylocoques dans l'urine, et Crescenzi en a trouvé également dans le liquide de ponction d'un abcès épидидymaire.

Nous avons pu en recueillir trois observations. Dans deux d'entre elles, le diagnostic de tuberculose avait été posé cliniquement. Dans les deux cas, l'examen histologique doit faire rejeter le diagnostic posé, et affirme celui d'épididymite gonococcique. Les antécédents récents des malades qui n'avaient pas attiré l'attention ont permis de remonter à la cause première.

Dans notre troisième observation, le diagnostic avait été soupçonné, et l'épididymectomie faite à la demande formelle du malade l'a confirmé.

OBSERVATION VIII

(Observation communiquée par le Dr Moulonguet)

Jean L., 30 ans.

Entre le 1^{er} février 1927.

Depuis cinq à six mois, le malade se plaint de vagues douleurs lombaires sans caractère particulier.

Il y a quinze jours, il a commencé à souffrir de la partie droite du scrotum, d'une douleur peu vive, irradiée dans l'aîne et vers la région lombaire. Il s'est aperçu vers la même époque, d'un gonflement survenu au niveau de son testicule droit.

A l'examen, on constate une tuméfaction irrégulière et bosselée de la queue de l'épididyme, de consistance ferme, non douloureuse à la palpation.

Le testicule paraît sain, ainsi que la tête de l'épididyme.

On sent bien le sillon épididymo-testiculaire. Il n'y a pas de liquide dans la vaginale.

Légère déférentite au niveau de la portion scrotale du déférent sans funiculite.

Au toucher rectal la prostate paraît normale. On sent à la place de la vésicule séminale droite une tuméfaction indurée, mal limitée et peu douloureuse. Pas le moindre écoulement urétral.

Il n'y a aucune altération de l'état général. Pas de localisation clinique de tuberculose ; pas d'antécédents pouvant être rapportés à elle.

Le malade a été opéré d'hydrocèle gauche en 1916 ; il avait contracté, quelques années auparavant, une blennorragie qui a évolué de façon bénigne, et dont il ne présente plus, à l'heure actuelle, aucun symptôme. Aucune pyrexie récente, mais depuis la guerre, poussées récidivantes de furonculose et d'eczéma.

On pose le diagnostic de tuberculose épididymaire, sans attacher la moindre importance à ces lésions cutanées bénignes et l'on décide d'opérer.

Intervention :

Epididymectomie (D^r Moulonguet). Ouverture de la vaginale. Dissection de l'angle épididymo-déférentiel, au cours

de laquelle on prélève une goutte de pus, dont la culture reste stérile.

Epididymectomie partielle. — On résèque le corps, la queue et la portion initiale du déférent. Pas de ligature. Des mèches sont laissées en place, et la plaie fermée seulement partiellement.

On cultive un fragment de tissu épидидymaire et l'on obtient une culture de staphylocoques.

L'examen histologique est fait et donne des résultats suivants :

Coloration à l'hématéine-éosine.

On trouve sur la coupe des manchons inflammatoires péri-canaliculaires constitués par des polynucléaires et des lymphocytes. Par endroit l'épithélium des tubes est infiltré ; ailleurs on note des lésions épithéliales de desquamation ; la lumière des tubes particulièrement atteints est souvent obturée par des bouchons purulents.

Ce stroma est partout le siège de petits abcès disséminés.

Coloration au Gram.

Sur cette coupe, on trouve, en outre, des éléments microbiens appartenant au type staphylocoque (amas de cocci, Gram positif).

Le diagnostic d'épididymite inflammatoire subaiguë d'origine staphylococcique est posé.

Il est évident que, dans ce cas, l'étiologie véritable de l'épididymite remonte aux lésions répétées de furunculose que le malade avait signalées au cours de son interrogatoire. Cette infection cutanée peut en effet déterminer une épididymite chronique, aussi bien qu'une suppuration périnéale d'évolution très lente, comme elle le fait parfois.

OBSERVATION IV

Louis H..., 50 ans, 1925.

(Observation communiquée par le D^r Moulouguet)

C'est un diabétique de longue date, et non soigné, qui présente d'ailleurs un bon état général, et dans les antécédents duquel on ne trouve à signaler que des poussées répétées de furonculose, dont il porte de nombreuses cicatrices.

Sa glycosurie est élevée à 450 grammes par jour, et sa polyurie atteint six litres.

Depuis six semaines, il présente un gonflement progressif et peu douloureux du scrotum gauche. A l'inspection, la partie gauche du scrotum est augmentée de volume et rouge.

A la palpation, malgré l'évolution torpide de la tuméfaction, on sent une grosse masse sous tension, « où l'on ne distingue rien » ; la peau à sa surface est mobile, sauf à la partie déclive et postérieure où elle adhère quelque peu.

Une ponction ramène du liquide citrin qui reste stérile à la culture. Le cordon, au-dessus, est un peu douloureux, dur, et régulièrement cylindrique, sans qu'il soit possible d'isoler le déférent.

Au toucher, la prostate et les vésicules paraissent normales. Du côté opposé, on note seulement une légère hydrocèle qui laisse palper des organes paraissant normaux.

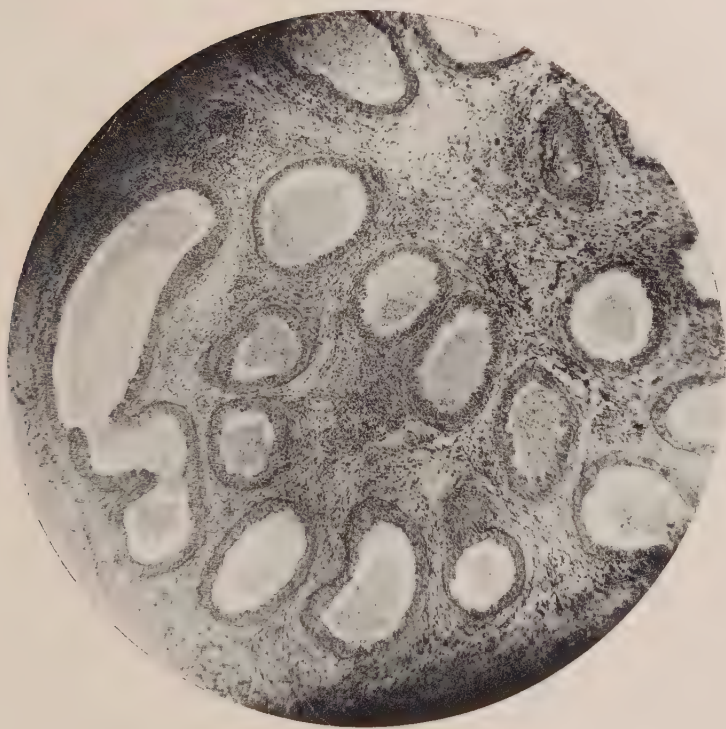
L'examen des autres appareils n'apporte aucun nouveau renseignement ; en particulier, pas d'urétrite passée avouée, ni présente ; les urines sont normales ; il n'y a ni goutte matinale, ni filaments dans les urines.

On porte le diagnostic de tuberculose épiddymo-testiculaire massive, et l'on décide l'intervention.

Intervention

Hémi-castration par voie inguinale et drainage déclive. Les suites opératoires sont normales.

MICRO-PHOTO III (Page 42)



Coloration à l'Hématéine-Eosine.

La plupart des tubes ont leur lumière occupée par des bouchons de polynucléaires.

L'épithélium est peu lésé.

On n'a pas pu identifier de spermatozoïdes dans la lumière des canaux.

Examen macroscopique :

A l'ouverture, hydrocèle coagulée en masse ; légère pachy-vaginalite.

Le testicule paraît parfaitement normal, l'augmentation de volume de l'épididyme porte surtout sur la queue avec un point de suppuration ; la tête semble normale.

Lésions de funiculite œdémateuse massive, mais le déférent est sain.

Ensemencement.

On cultive un fragment d'épididyme ; il pousse des colonies pures de staphylocoques blancs.

A l'examen histologique, la coupe montre des lésions inflammatoires péricanaliculaires analogues à celles que nous avons déjà étudiées. Des placards infiltrés de polynucléaires et de lymphocytes sans disposition régulière enserrant les tubes épididymaires ; ceux-ci, à de rares exceptions près, présentent une lumière et un épithélium intacts.

Diagnostic histo-pathologique : Epididymite subaiguë péricanaliculaire (micro-photographie n° III).

Cette observation manque de contrôle bactériologique direct, puisqu'il a été impossible de trouver des staphylocoques sur les coupes ; cependant, la culture positive d'un fragment épididymaire les antécédents staphylococciques de ce malade, l'allure clinique elle-même, l'absence de symptômes actuels de bacillose, sont des arguments suffisants pour affirmer le diagnostic d'épididymite staphylococcique. Ce diagnostic est d'ailleurs confirmé par l'examen histologique qui nie la tuberculose.

La dernière observation plus complète concerne un malade que nous avons eu l'occasion d'examiner depuis le début de ce travail ; le diagnostic a été

posé, et l'intervention, pratiquée seulement à la demande formelle du malade en a vérifié le bien-fondé.

OBSERVATION IX

A... Mohamed, âgé de 27 ans.

Entre à l'hôpital Tenon, le 15 octobre 1927, où il est admis dans un service de médecine, et où mon collègue et ami Vialard me demande de l'examiner.

Manœuvre, le malade a ressenti pendant la journée une sensation de pesanteur douloureuse au niveau du testicule gauche. Il termine cependant sa journée de travail, et se présente à l'hôpital le lendemain.

A l'examen, l'inspection montre une légère augmentation de volume de la bourse gauche, dont la peau est restée normale.

A la palpation, le testicule et l'épididyme sont très facilement délimitables. Le testicule gauche a gardé sa sensibilité, son volume et sa consistance normale.

L'épididyme présente une tuméfaction diffuse, dont le volume atteint celui d'une grosse amande. Cette tuméfaction envahit la queue et le corps de l'organe, ne respectant que la tête ; elle masque complètement la portion initiale du déférent que l'on ne peut isoler qu'au-dessus de la partie moyenne du corps épididymaire.

La consistance de la tumeur est dure, uniforme, assez régulière, parfaitement bien isolable du testicule ; le canal déférent au-dessus est un peu dur, douloureux, et augmenté de volume, mais il ne semble pas y avoir de funiculite.

Enfin, la tuméfaction adhère à la face profonde du derme au niveau du pôle inférieur du testicule.

Il n'y a pas de liquide dans la vaginale, aussi bien à l'examen physique, qu'à la ponction exploratrice.

Une ponction tentée au niveau de l'épididyme, en un point dont la consistance paraît fluctuante, ne ramène rien.

Le côté droit paraît sain. Cependant, au niveau de la queue, très légère induration du volume d'un plomb de chasse, reliquat d'une orchite aiguë gonococcique que le malade a présentée il y a 10 ans.

Au toucher rectal, la prostate est indolore ; sa consistance à peu près régulière est un peu plus ferme à gauche ; son volume est normal ; la vésicule droite n'est pas palpable ; la gauche, un peu molle, est légèrement douloureuse.

Examen de l'urèthre :

L'urèthre est rigoureusement sec ; pas de goutte matinale. Pas de sécrétion après massage périnéal et expression uréthrale. Au cathéter, la paroi apparaît souple et de calibre régulier. Il n'a pas été fait d'uréthroscopie.

Examen de l'urine :

On a recueilli :

1° L'urine du premier jet par miction ; urine légèrement trouble, présentant quelques filaments.

2° 10 centimètres cubes d'urine environ après massage de la prostate, par miction encore : l'urine est trouble dans son ensemble avec des filaments et des flocons grumeleux.

3° L'urine vésicale par cathétérisme : l'urine ramenée est claire, sans filaments.

De cet examen, on peut déjà conclure à une lésion chronique uréthro-prostatique sous cervico-vésicale.

Après centrifugation de 30 minutes, la hauteur du culot traduit les données du simple examen ; le culot des urines du tube 2 est au moins le triple de celui du tube 1 ; il s'agit donc surtout d'une lésion d'origine prostatique.

L'examen bactériologique direct a été pratiqué dans les trois tubes. Sur les lames 1, 2, 3 on trouve de nombreux polynucléaires altérés ; ils sont, toutefois, plus abondants sur la lame 3.

Sur les lames 1, 2, 3 on trouve, en assez petit nombre, des cocci, la plupart du temps isolés, Gram positif. Sur la lame 1, il existe en plus quelques rares cocci ; Gram négatif ; isolés, extra-cellulaires, jamais de diplocoques. On ne peut affirmer, d'après l'examen direct sur lame, qu'il s'agisse de gonocoques.

Les cultures sur gélose sang glyciné n'ont révélé que du staphylocoque pur, jamais de gonocoque.

A l'interrogatoire, le malade reconnaît avoir eu, il y a dix ans, une uréthrite gonococcique, qui s'est compliquée d'orchite aiguë du côté droit ; depuis, pas de nouvelle uréthrite, pas de goutte matinale, pas de fréquence, pas de douleurs articulaires. Aucun autre antécédent, sinon une légère bronchite chronique, et de fait le malade présente une toux sèche et fréquente, mais sans expectoration. L'auscultation et un examen radioscopique de l'appareil pulmonaire se montrent complètement négatifs.

Le malade ne présente aucune trace d'adénite suppurée ; il n'a pas d'adénopathie ; ses fonctions digestives sont normales. Pas de paludisme ; pas de syphilis clinique. Les réactions de Bordet-Wassermann et de Hecht sont toutes deux négatives.

On pense donc, en présence de ces données, à une épididymite chronique banale, non tuberculeuse, probablement staphylococcique.

Quinze jours plus tard, malgré une amélioration des symptômes locaux, le malade souffre toujours un peu à la marche, demande une intervention et insiste pour être opéré.

Comme il peut persister cependant quelque doute sur l'origine tuberculeuse de cette épididymite, malgré la présence de staphylocoques dans son urèthre, malgré l'absence de tout symptôme de tuberculose viscérale ou ostéo-articulaire, l'intervention est décidée.

Intervention le 24 octobre 1927.

Anesthésie générale au Schleicht.

Incision scrotale antérieure. Il n'y a plus de cavité vaginale ; les deux feuillets sont accolés par des adhérences lâches, qu'on dissocie facilement à la sonde cannelée.

Au-dessus et en arrière du testicule, on trouve une grosse masse assez bien délimitable, englobant la portion initiale du déférent, ne respectant que le globus major de l'épididyme. Les tissus alentour sont sclérosés et crient sous le bistouri.

Epididymectomie facile sans hémorragie ; et à l'exclusion d'un petit vaisseau du voisinage de la queue, l'opération se fait presque à sec.

Fermeture de la brèche vaginale au catgut ; suture superficielle au trépan de Florence sans drainage. Les suites opératoires sont absolument normales.

Examen macroscopique de la pièce opératoire.

La pièce est du volume du petit doigt ; le déférent a pu être isolé de l'épididyme auquel il était accolé ; la tête épидидymaire seule paraît normale.

A la coupe, il semble s'agir surtout d'une sorte de gangue fibreuse enserrant l'épididyme ; il n'y a pas d'abcédation, mais l'existence de petits grains jaunes simule bien la tuberculose.

Des fragments en sont isolés aseptiquement pour culture. La culture de fragments d'épididyme et de déférent sur bouillon ascite, montre des colonies pures de *staphylocoques* à l'exclusion de tout autre germe. Le repiquage sur milieu au sang, montre encore du *staphylocoque* pur, blanc et doré, et rien que du *staphylocoque*.

La pièce fixée au liquide de Bouin, on en prélève quatre fragments : 1° au niveau du déférent ; 2° au niveau de la queue ; 3° au niveau du corps ; 4° enfin au niveau de la tête, quoique elle paraisse saine ; ces fragments sont colorés à l'hématéine-éosine, au Von Gieson, au Gram, et au Ziehl.

L'examen histologique en est pratiqué et montre que les lésions prédominent nettement au niveau de la queue de l'organe.

1° *Au niveau de la tête.*

La coupe intéresse de nombreux tubes épидидymaires qui sont tous entourés d'un anneau inflammatoire subaigu, où dominent les lymphocytes.

La paroi des canaux est pénétrée, en de nombreux points, par les éléments inflammatoires (lymphocytes, polynucléaires), mais dans l'ensemble la lumière demeure libre.

2° *Au niveau du corps et de la queue.*

Ces lésions sont beaucoup moins discrètes. De nombreux canaux sont complètement détruits ; il ne reste que les débris épithéliaux rappelant le contour des tubes, au milieu d'un tissu inflammatoire en évolution, où dominent les polynucléaires.

En aucun point, il n'y a abcédation véritable.

Tous les tubes sont envahis par les éléments inflammatoires et obturés par des bouchons purulents.

3° *Au niveau du déférent.*

On trouve des lésions subaiguës de péri-déférentite. Infiltration inflammatoire diffuse (lymphocytes et polynucléaires) autour du déférent, pénétrant et dissociant la musculuse.

Pas de pus dans le canal.

En résumé, lésions inflammatoires subaiguës. On ne peut retrouver en aucun point ni cellule géante, ni follicule tuberculeux.

LE DIAGNOSTIC HISTO-PATHOLOGIQUE d'épididymite subaiguë péricanaliculaire avec péri-déférentite est donc posé.

Des colorations au Gram et au Ziehl ne permettent

pas de mettre en évidence des germes pathogènes, mais nous avons déjà dit que la culture des fragments d'organe avaient révélé de nombreuses colonies de staphylocoques purs. Il existe donc bien des épидидymites à staphylocoque, et la clinique permet, sinon de toujours les prouver, au moins de les soupçonner.

C. Les épидидymites chroniques d'origine indéterminée, mais non tuberculeuses.

Elles sont relativement fréquentes, qu'on les voit d'ailleurs survenir au cours d'une urétrite anagococcique, ou qu'elles apparaissent comme véritablement primitives.

Leur diagnostic est très exceptionnellement posé, dans un cas comme dans l'autre, et d'ailleurs, si nous mettons à part les erreurs de diagnostic où l'on est intervenu à tort, il faut reconnaître que leur évolution rapide et spontanée vers la guérison est leur seul critérium diagnostique.

Les unes, disons-nous, compliquent l'évolution bénigne d'une uréthrite non gonococcique, et de nombreux auteurs ont insisté sur la fréquence de ces uréthrites.

Burmeister et Cahn ont examiné de façon systématique le pus urétral d'une série de quarante malades soignés pour uréthrite gonococcique et présentant tous une épидидymite subaiguë ou chronique. Sur ces quarante malades, dix avaient une uré-

thrite non gonococcique, et même après réactivation, il fut impossible de mettre en évidence du gonocoque, tant dans leurs sécrétions uréthrales que prostatiques.

Nous n'avons pu recueillir que deux observations d'épididymites appartenant à ce groupe, les malades présentant une uréthrite en évolution sont en effet dirigés le plus souvent sur les services d'urologie. Mais de très nombreuses observations ont paru à l'étranger, qui se rapportent à des épididymites de ce type.

De ces deux cas, l'un fut pris pour une tuberculose épididymaire et opéré, l'uréthrite qui l'accompagnait ayant été considérée comme blennorrhée tuberculeuse ; l'autre non opéré après diagnostic exact est aujourd'hui complètement guéri.

OBSERVATION VI

Louis H..., âgé de 19 ans, 1919.

Il y a huit jours, le jeune malade a ressenti, au niveau du testicule droit, des douleurs assez violentes qui se sont atténuées progressivement depuis. Actuellement, il entre à l'hôpital, souffrant peu et présentant une tuméfaction de la bourse droite.

A l'examen, on perçoit une augmentation de volume de l'épididyme droit, surtout marquée au niveau de la queue ; tuméfaction peu douloureuse et de consistance égale.

Il n'y a pas de réaction vaginale et le testicule paraît normal dans sa consistance, dans son volume et dans sa sensibilité.

On note un très léger degré de déférentite, mais au tou-

cher rectal, pas de lésions, ni de la prostate, ni des vésicules.

Il n'y a pas d'écoulement urétral continu, mais une goutte matinale. Un prélèvement montre une réaction leucocytaire nette, avec de nombreux microbes qui n'ont pas été identifiés, mais sûrement pas de gonocoque, ni de bacille de Koch.

Le malade est gardé en observation une dizaine de jours, sans qu'on observe de modification locale.

Un examen général montre l'intégrité absolue des autres appareils. Le diagnostic d'épididymite tuberculeuse est cependant posé et l'urétrite interprétée comme de nature tuberculeuse, quoiqu'il n'y ait pas de lésions prostatovésiculaires.

On décide donc l'intervention, et l'on pratique une épидидymo-déférentectomie assez haute, sans incident ni opératoire, ni post-opératoire.

A l'examen de la pièce, il s'agit d'une épидидymite inflammatoire, qui paraît banale, mais on note cependant au niveau de la queue quelques points jaunes qui semblent confirmer le diagnostic clinique. On remarque aussi la présence de pus, dans la lumière du canal déférent.

Des fragments multiples sont prélevés. Fixés au Bouin, colorés à l'hématéine-éosine, au Gram et au Zielh, l'examen histologique en est fait, et fournit les renseignements suivants :

Au niveau de la tête de l'épididyme, un segment de la coupe est occupé par la section de quelques rares tubes épидидymaires, six à huit selon les champs. Ces tubes ont une lumière bien visibles, mais ils sont encerclés par un manchon inflammatoire, analogue à ceux que nous avons déjà décrits.

Le reste de préparation intéresse un tissu en voie de remaniement inflammatoire, intense. La zone des tubes montre les

détails suivants : la lumière des canaux épидидymaires est en général libre, cependant un ou deux tubes présentent une lumière obstruée en partie, par des bouchons constitués à la fois de polynucléaires et de cellules d'épithélium desquamé. On trouve quelques lésions épithéliales, disparition des cils vibratiles toujours difficile à interpréter, desquamation, infiltration par des éléments inflammatoires. C'est donc, avant tout, des lésions péri-canaliculaires qu'il faut tenir compte et les tubes sont en effet entourés d'amas inflammatoires denses de lymphocytes et de polynucléaires. Dans les autres coupes, on retrouve ces mêmes nodules infectieux autour des vaisseaux sanguins et surtout lymphatiques. Mais nulle part, ces nodules n'ont l'aspect de follicules tuberculeux ; on ne rencontre pas de cellules géantes et l'évolution est d'ailleurs nettement subaiguë.

Il s'agit donc d'une épидидymite non tuberculeuse, survenue au cours d'une urétrite chronique non gonococcique.

OBSERVATION VII

René B..., âgé de 23 ans. Mai 1927.

Le malade nous a été envoyé avec le diagnostic d'épididymite tuberculeuse, pour lui faire une épидидymectomie. Il souffre depuis plusieurs semaines de son testicule gauche et s'est aperçu lui-même de l'apparition d'une tumeur scrotale.

A l'examen, pas de modification des téguments. A la palpation, tuméfaction massive de l'épididyme, très volumineuse et doublant presque le testicule. En consistance, cette tuméfaction est ferme et régulière. On perçoit mal l'anse épидидymo-déférentielle. Le cordon est gros, mais peu douloureux, avec un petit noyau dur à sa partie inférieure gauche et la vésicule séminale gauche est tuméfiée, dure, mais mal délimitable.

L'examen uréthroscopique, pratiqué par le docteur Wolfromm, montre seulement une rougeur du véru montanum

qui est un peu tuméfié. L'examen des sécrétions uréthroprostatiques reste négatif, après coloration au Gram et au Ziehl. Pas de symptômes d'urétrite chronique et pas d'antécédents avoués d'urétrite aiguë.

Les urines sont normales. L'examen clinique des autres appareils est rigoureusement négatif. La radioscopie pulmonaire est pratiquée, malgré l'absence complète d'antécédents et de symptômes cliniques, elle montre que le sommet droit s'éclaire un peu moins bien que le gauche à la toux.

Devant l'état général très bon du malade, la sensibilité très diffuse de la prostate et les lésions mal limitées de la vésicule, devant les signes uréthraux constatés à l'uréthroscopie, on hésite quelque peu à poser le diagnostic de tuberculose et l'on décide de revoir le malade.

L'examen pratiqué une dizaine de jours plus tard ne montre pas grand changement du côté épидидymaire, mais les lésions uréthro-prostatiques ont régressé dans de grandes proportions à la suite du traitement local qui a été prescrit.

La douleur et la sensation de pesanteur disparaissent dans trois semaines et l'on assiste à la régression lente et parallèle des lésions épидидymaires et prostatovésiculaires.

Revu en septembre, le malade ne se plaint plus de rien. Seul, persiste un noyau du volume d'un plomb de chasse, indolent et dur, siégeant au niveau de la queue de l'épididyme.

Dans cette observation, il n'a été posé aucun diagnostic étiologique précis, et pourtant il est bien difficile d'incriminer la tuberculose en présence d'une épидидymite qui guérit complètement en trois mois ; devant des lésions prostatovésiculaires, diffuses, qu'un traitement local améliore et guérit presque en quinze jours, lorsqu'il existe des lésions urétrales indiscutables, vérifiées à l'uréthroscopie.

Dans les deux cas, qu'il nous a été donné d'observer, l'urétrite était très fruste, et nous en avons donné plus haut les raisons.

A l'étranger, par contre, nous voyons Dietel en rapporter quatre observations avec urétrite aiguë non gonococcique, Schwartz en publier un cas indiscutable : Spérenski a vu huit fois une épididymite bénigne compliquer une urétrite banale, et dans les huit cas la ponction épидидymaire et l'examen du pus uréthral ont montré des microbes présentant des caractères morphologiques identiques.

Enfin, en France, Gombeau, au cours d'une urétrite à colibacille, observe une épididymite aiguë et la ponction ramène du pus contenant le même colibacille.

A côté des épididymites survenant au cours d'une atteinte uréthrale il faut enfin étudier celles qui sont en apparence du moins, primitives. Ce sont elles qui posent les problèmes de diagnostic les plus difficiles, ce sont elles aussi, qui sont le plus souvent opérées comme tuberculeuses et que seul un examen histopathologique très complet permet de ranger dans ce cadre provisoire des épididymites infectieuses primitives.

A moins que, l'intervention ayant été rejetée, ce soit leur évolution rapidement bénigne qui les vienne juger.

OBSERVATION I

Jean M... âgé de 51 ans.

Le malade entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Nélaton, le 27 décembre 1926.

Le début de l'affection remonte à une quinzaine de jours. Le malade a ressenti une douleur légère au niveau de son testicule droit, plutôt sensation de pesanteur que douleur vraie.

A l'examen physique, l'inspection ne montre aucune altération des téguments, les bourses paraissent normales ; la douleur spontanée ne s'est pas accrue et n'a pas diminué depuis le début. A la palpation, le testicule comparé à celui du côté sain apparaît normal dans son volume et dans sa consistance. Sur l'épididyme, au contraire, on perçoit des noyaux multiples, durs, bien limités, faciles à isoler du testicule ; ces noyaux, peu douloureux, siègent au niveau du corps et surtout de la queue de l'épididyme, la tête est normale.

L'anse épididymo-déférentielle est bien perceptible, le déférent, un peu gros, n'a pas le caractère moniliforme.

La vaginale est saine, se laisse pincer, ne contient pas de liquide ; la peau est normale, n'adhère pas aux plans profonds.

Au toucher rectal, la prostate n'est pas douloureuse ; elle est régulière et son volume est normal. Les vésicules ne sont ni douloureuses, ni dures.

A l'interrogatoire, aucun trouble urinaire, ni récent, ni ancien ; le malade nie toute blennorragie, semble n'en avoir pas présenté de symptômes, n'en présente certainement pas de séquelle.

A l'examen général, aucune altération des autres appareils, en particulier, pas de lésion pulmonaire cicatricielle ou en évolution, pas d'adénopathie, aucun antécédent de tuberculose osseuse, ostéo-articulaire ou ganglionnaire.

Le malade ne présente aucun symptôme clinique de syphilis et ses réactions sérologiques sont négatives.

On pose le diagnostic d'épididymite infectieuse banale, écartant le diagnostic de tuberculose malgré l'absence complète d'étiologie même probable.

Le malade rentre chez lui, porte un suspensoir et revient seulement dix mois plus tard comme on le lui demande. Il

est parfaitement guéri, il ne reste plus trace des lésions épидидymaires constatées jadis.

OBSERVATION II

M. Henri M... âgé de 23 ans.

Le malade entre à l'hôpital le 14 janvier 1927.

Depuis une huitaine de jours, il se plaint de douleurs du côté droit des bourses. Les jours précédents, au cours de son travail, il a reçu un coup sur le testicule droit. Depuis cet accident, la région est restée sensible pour devenir franchement douloureuse les jours derniers.

L'inspection ne révèle aucune modification d'aspect, ni de volume des bourses. À la palpation, le testicule comparé au gauche est normal.

L'épididyme, dans son ensemble, est augmenté de volume, rénitent, un peu douloureux, irrégulier. Le maximum des lésions siège à la queue de l'organe ; l'anse du déférent est bien perceptible.

La peau est parfaitement mobile sur les plans sous-jacents. La vaginale contient une mince lame de liquide, qui n'est pas suffisante, cependant, pour gêner l'examen et nécessiter une ponction.

Le déférent est un peu gros, un peu douloureux, mais régulier.

Au toucher rectal, aucune lésion appréciable de la prostate ou des vésicules.

À l'interrogatoire, pas d'antécédents pathologiques, pas de blennorrhagie avouée, aucun symptôme d'urétrite chronique.

Pas de microbes dans les sécrétions prostatiques, après massage et émission de quelques centimètres cubes d'urine.

Le malade présente un excellent état général ; il vient de terminer son service dans la marine de guerre. Porteur d'une hernie inguinale droite, il demande à en être opéré pour être admis dans une administration de l'Etat. La cure

radicale est pratiquée; et l'on assiste, dans les jours qui suivent l'intervention, à la régression progressive des lésions épididymaires ; celles-ci sont diminuées de moitié, au départ du malade.

Il est revu en octobre, soit 10 mois plus tard. Il ne souffre plus depuis février, et a repris une vie parfaitement normale.

A l'examen, le testicule et l'épididyme sont normaux ; les déférents sont rigoureusement semblables ; il n'y a toujours aucune lésion perceptible au toucher rectal.

OBSERVATION V

Louis M..., âgé de 35 ans. Avril 1925.

Il s'agit d'un homme sans antécédent pathologique, général ou local, proche ou ancien, qui entre à l'hôpital pour épididymite d'évolution subaiguë.

Le début clinique remonte à quelques jours ; il s'est fait par des douleurs vagues au niveau du testicule gauche.

Le malade, en outre, se plaint d'érections fréquentes.

A l'examen : épididymite diffuse de consistance uniforme, sans points ramollis, sans adhérence à la peau ; légère réaction de vaginalite chronique, très légère funiculite sans déférentite.

L'examen ne révèle ni écoulement urétral, ni filaments dans les urines.

Une exploration au cathéter à boule ne montre aucune modification du calibre de l'urèthre.

Pas d'urétrite antérieure avouée.

Le toucher rectal ne révèle rien d'anormal au niveau de la prostate ou des vésicules ; la ponction épididymaire est tentée, mais ne ramène rien ; celle de la vaginalé permet de recueillir quelques centimètres cubes de liquide citrin. Un ensemencement est fait sur bouillon-sérum, mais ne pousse pas.

L'examen général montre l'intégrité parfaite de tous les appareils. On hésite à poser le diagnostic de bacillose et l'on conseille l'expectative.

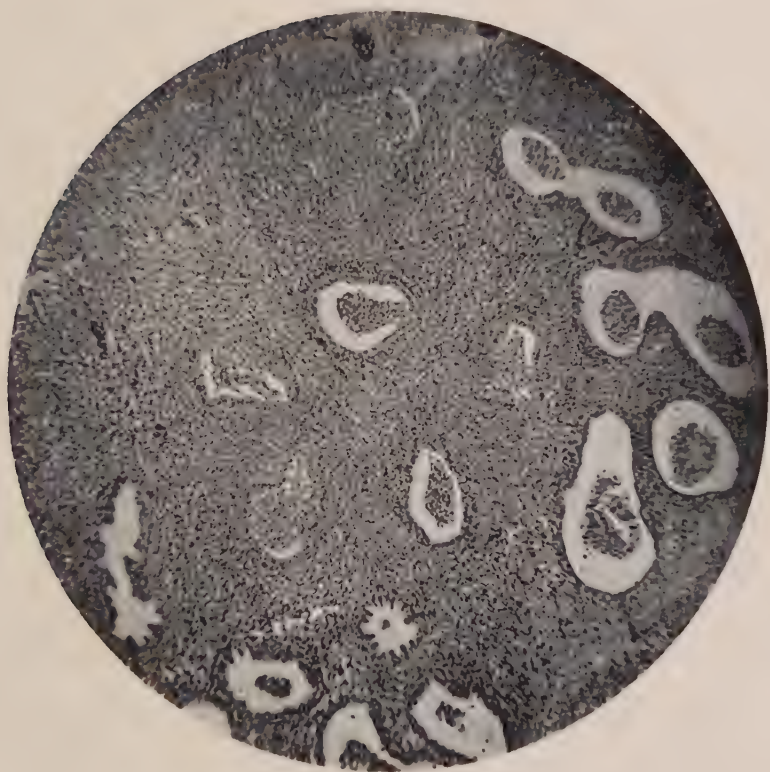
Le malade sort, et revient après un mois. Il ne présente déjà plus qu'un petit noyau de la queue de l'épididyme ; la réaction vaginale a totalement disparu ; le cordon est maintenant normal ; le côté opposé comme antérieurement est sain. Cependant les érections fréquentes ont persisté. Depuis, le malade n'a pu être revu.

Cette observation manque du contrôle histologique, et, de plus, le malade n'a pu être suivi au-delà d'un mois. Cependant, l'évolution rapide vers une cédation complète des symptômes douloureux, et à peu près complète des lésions cliniques, permet de rejeter comme bien improbable l'hypothèse de tuberculose.

Par ailleurs, l'absence complète d'antécédents uréthraux avoués, et l'absence de phénomènes d'infection dans le passé récent, ne permettent pas de diagnostic étiologique même supposé. On en est réduit à admettre une bactériémie passagère, sans manifestation clinique, et les observations étrangères en donnent des exemples nombreux.

Au total, trois observations d'épididymites à évolution chronique et à début chronique qui pouvaient, au début, en imposer pour une tuberculose épididymaire, pour lesquelles le diagnostic de tuberculose a été cependant rejeté avec raison, comme le montre l'évolution clinique bénigne.

MICRO-PHOTO II (Page 61)



OBSERVATION III

Louis G..., âgé de 40 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis le 19 février 1925.

Le malade a reçu un coup sur les bourses le 16 février ; il a immédiatement ressenti une vive douleur, et depuis il se plaint de douleur continue, mais supportable au niveau du testicule droit.

Dès le lendemain, il s'aperçoit de l'augmentation de volume de son testicule droit qui est douloureux à la pression.

Le 18 février, il se présente à l'hôpital, où il est admis le lendemain.

A l'examen : tuméfaction en masse de l'épididyme sans bosselure, de consistance ferme, et peu douloureuse. Le testicule paraît un peu augmenté de volume, il est légèrement douloureux. La vaginale est libre de tout liquide. Le cordon et le déférent sont un peu indurés et douloureux ; les organes du côté gauche sont sains.

Au toucher : la prostate et les vésicules séminales sont normales.

Le malade ne présente aucun antécédent d'infection générale proche ; il nie toute blennorrhagie récente, et de fait, cliniquement, il n'en présente aucun symptôme. L'examen urétral, pratiqué par le Docteur Wolfrohm dans le service, ne révèle aucune lésion.

Sous l'influence du repos, la douleur cesse, le gonflement diminue, le malade sort le 26 février, soit 10 jours après l'accident initial.

Le 16 mars, il revient à nouveau. La douleur disparue à sa sortie de l'hôpital s'est réveillée et persiste, accrue par la marche et la fatigue ; il présente maintenant un noyau dur, assez mal limité au niveau de l'épididyme droit.

Le diagnostic d'*épididymite tuberculeuse* est alors posé.

Le 18, on pratique une épидидymectomie trans-vaginale au thermocautère ; aucune ligature ; on suture en prenant le

moignon épидидymaire dans un fil en U. Le malade sort le 26 mars.

Il rentre le 5 avril, présentant une vaginalite suppurée antérieure qui est incisée. Le malade revient aux pansements, et la suppuration entraîne l'élimination complète de son testicule droit.

Examen de la pièce opératoire (micro-photo II).

Macroscopiquement : épидидymite d'apparence tuberculeuse, avec points jaunes.

A l'examen histologique, il s'agit d'une épидидymite infectieuse typique, mais des colorations au Gram et au bleu ne montrent aucun élément microbien.

A l'hématéine-éosine, les canaux épидидymaires apparaissent noyés dans un tissu en voie de remaniement inflammatoire marqué; beaucoup sont intacts. Quelques-uns sont obstrués par des bouchons purulents et leur épithélium est altéré.

Le malade est revu en octobre 1927. Son état général est toujours parfait. Son testicule droit a été totalement éliminé; il ne persiste qu'une cicatrice d'une souplesse parfaite, et n'adhérant nullement aux plans profonds.

Du côté gauche, on perçoit seulement au côté externe de la tête épидидymaire un noyau rénitent et indolore, du volume d'un pois, dont le malade ne connaissait même pas l'existence, et pour lequel on ne peut vraiment plus lui proposer la moindre intervention.

En résumé, quatre observations d'épididymites chroniques primitives.

Un des malades a été opéré après erreur de diagnostic, il a perdu un testicule à la suite d'une longue suppuration. Les trois autres ont bénéficié de l'expectative; deux d'entre eux suivis pendant plus de 10 mois sont cliniquement guéris; le troisième,

après seulement un mois, avait déjà vu une amélioration très considérable de son état local.

Dans aucun de ces cas, le diagnostic étiologique n'a pu être précisé. Dans l'un, on a admis la tuberculose, l'intégrité absolue de l'appareil vésiculoprostatique, un état général parfait, et peut-être le début nettement secondaire à un traumatisme, auraient dû sans doute faire hésiter devant ce diagnostic.

Dans les trois autres cas, en effet, des arguments semblables ont fait éliminer la tuberculose et l'évolution bénigne a confirmé l'étiologie banale de l'épididymite.

Dans toutes ces observations, l'évolution a présenté au moins un début nettement subaigu qui a conduit le malade à se faire hospitaliser. Parmi les un qui nous paraît bien montrer l'indolence absolue rapportés par Kappis, nous en avons trouvé lue que peut affecter parfois l'épididymite chronique non tuberculeuse. Il s'agit d'un malade âgé de 33 ans qui a présenté autrefois, pendant une quinzaine de jours, une tuméfaction totalement indolente du testicule gauche. Ce malade ne voit pas de médecin, ne suit aucun traitement, oublie même cet incident, et c'est deux ans plus tard qu'il est fortuitement examiné, à l'occasion d'une assurance sur la vie qu'il voulait contracter.

On découvre alors une tuméfaction diffuse et indolente de l'épididyme, surtout marquée au niveau de la tête ; on pense à la tuberculose et l'on conseil-

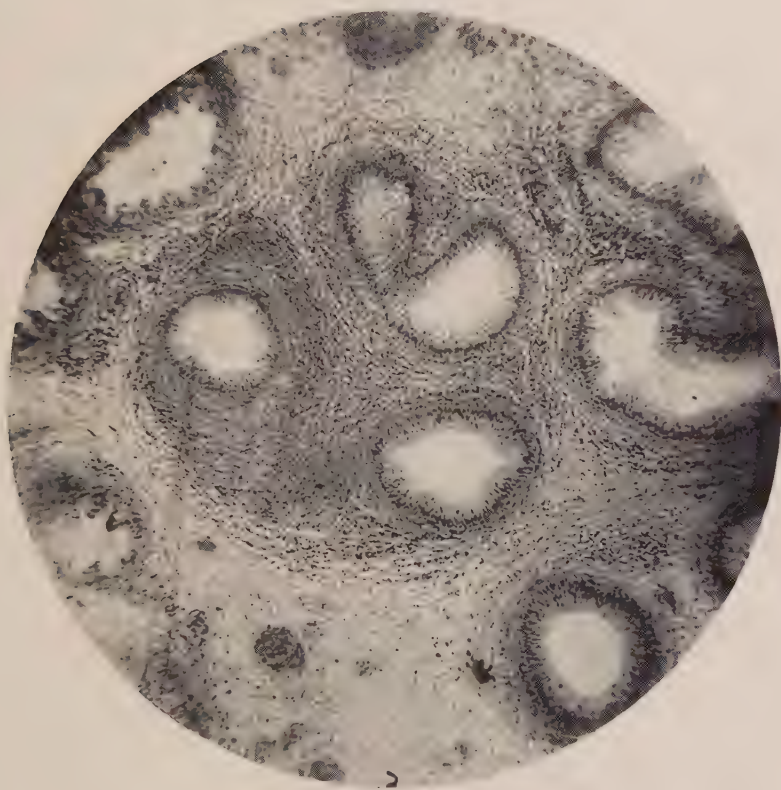
le au malade une castration. Celle-ci est pratiquée, et l'examen histo-pathologique, s'il ne montre que des lésions inflammatoires d'origine indéterminée, permet du moins d'éliminer d'une façon absolue la tuberculose.

Dans ce cas, il semble d'ailleurs que Kappis ait pu remonter à l'étiologie vraie, car ce malade, s'il nie toute uréthrite, dit avoir présenté à l'époque de son premier épisode épididymaire des phénomènes de cystite légère, qui n'ont pas été soignés et ont guéri spontanément.

A ces cas observés cliniquement, nous pouvons encore ajouter 5 observations histopathologiques. Il s'agit, dans tous ces cas, d'examens de pièces opératoires prélevées après diagnostic clinique de tuberculose épididymaire. Toutes ces pièces ne proviennent pas d'un même service ; elles ont été examinées au point de vue histologique et bactériologique après colorations à l'hématéine-éosine, au Mallory, au van Gieson, au Gram et au Ziehl ; pour aucune, nous n'avons pu retrouver d'observation clinique.

Nous donnons ci-dessous leur examen résumé :
Coupe n° 13, 1900.

Sur cette coupe colorée à la safranine, on note l'intégrité presque absolue de tous les tubes épididymaires intéressés. L'épithélium cilié est intact, mais les noyaux sont noyés dans une gangue scléreuse inflammatoire. Les travées inflammatoires péricaniculaires sont constituées de lymphocytes



Coloration à la Safranine.

Réaction inflammatoire intense, péritubulaire avec intégrité à peu près absolue de l'Épithélium canaliculaire.

[- Absence d'exsudats dans la majorité des tubes.

de polynucléaires. Ces amas leucocytaires ne représentent qu'un type d'inflammation tout à fait banal. Il n'a été possible de mettre en évidence ni follicules tuberculeux, ni cellules géantes.

En somme, épididymite péricaniculaire subaiguë inflammatoire banale (micro-photographie I).

Coupe n° 53, 1901.

On n'a pu retrouver, concernant ce cas, qu'une observation très incomplète. Il s'agit d'un homme de 35 ans, en parfait état de santé, niant tout antécédent de blennorragie et n'en présentant aucune séquelle clinique. Il y a 10 ans, étant au régiment, il a présenté une pleurite légère qui a guéri complètement depuis.

A l'examen : induration peu douloureuse de la queue de l'épididyme gauche.

Aucune lésion au toucher rectal. On pose le diagnostic d'épididymite tuberculeuse, et l'on décide l'intervention (épididymectomie).

Examen histologique. — La coupe passe au niveau de la queue de l'épididyme ; elle montre la section d'une série de tubes épididymaires et du canal déférent, dont la portion juxta-testiculaire est coupée plusieurs fois ; le canal déférent paraît normal.

La lumière des canaux épididymaires est libre, sauf en de rares points où quelques tubes sont obstrués par un bouchon de polynucléaires.

L'épithélium de ces canaux est cylindrique. Dans

la majeure partie des tubes; il paraît intact; par places, il est hyperplasique et infiltré d'éléments inflammatoires. Autour des canaux, se trouvent des manchons inflammatoires, des lymphocytes et des polynucléaires qui les enserrant. De semblables nodules se retrouvent autour des vaisseaux, et particulièrement des lymphatiques. Ces amas inflammatoires ne rappellent nullement les follicules tuberculeux; il s'agit d'une inflammation banale.

Diagnostic histo-pathologique : épididymite subaiguë avec lésions péricaniculaires et lymphangitiques.

Coupe n° 324, A.

Diagnostic clinique : *Tuberculose épididymaire.*

La coupe montre un épididyme en voie de remaniement inflammatoire intense. La plupart des tubes épididymaires n'existent que sous forme de vestiges épithéliaux noyés au milieu d'amas inflammatoires à lymphocytes et à polynucléaires.

Certains tubes sont encore bien reconnaissables et sont oblitérés par des bouchons purulents. Les tubes restés plus ou moins intacts montrent un épithélium hyperplasique boursoufflé et sont tous entourés d'une gaine inflammatoire sans caractères spécifiques.

De nombreux placards inflammatoires sont encore disséminés çà et là, au milieu du stroma épididymaire.

Diagnostic histo-pathologique. — Epididymite sub-aiguë avec inflammation surtout péricanaliculaire.

Coupe n° 324, B.

Diagnostic clinique : tuberculose épидидymaire.

Examen histologique : Inflammation banale péricanaliculaire qui pénètre et altère souvent l'épithélium des tubes épидидymaires. On trouve, en outre, de nombreux amas inflammatoires du même type, infiltration de polynucléaires et de lymphocytes autour des vaisseaux.

Diagnostic histo-pathologique : Epididymite inflammatoire banale subaiguë avec lésions, surtout péricanaliculaires et périvasculaires.

Coupe n° 342.

Fixation au liquide de Bouin.

Diagnostic posé : Tuberculose épидидymaire.

Examen histologique. La coupe montre des lésions inflammatoires subaiguës péricanaliculaires, pénétrant par endroits dans l'épithélium des tubes épидидymaires, qui est souvent hyperplasique et desquamé ; on trouve autour du déférent des lésions identiques. Partout l'aspect de ces nodules et des traînées inflammatoires est toujours banal.

Diagnostic histo-pathologique. — Epididymite inflammatoire subaiguë avec inflammation péricanaliculaire.

On voit par la lecture de ces examens que les lésions de l'épididymite chronique non tuberculeuse ne présentent pas de caractère spécifique ; il s'agit dans tous les cas de lésions d'inflammation banale disposition surtout péricanaliculaire et périvasculaire avec intégrité fréquente des tubes épидидymaires.

On voit aussi que l'épididymite chronique non tuberculeuse n'est pas une rareté si l'on s'astreint à examiner systématiquement toutes les pièces prélevées après diagnostic de tuberculose.

Or, nous croyons qu'on peut éviter, dans un certain nombre de cas, l'erreur de diagnostic. Nous y sommes parvenus quelquefois ; c'est possible et même facile si l'on examine très minutieusement toutes les épидидymites chroniques, même celles qui paraissent bien être tuberculeuses au premier examen.

Tableau résumé des observations

ÉTIOLOGIE MICROBIENNE	N°	AGE	DÉBUT	S. P.	ANTÉCÉDENTS	OBSERVATIONS	EVOLUTION	INTERVENTION	SUITES	HISTOLOGIE
Indéterminée	I	51 ans	3 semaines subaigu	Noyaux multiples de la queue et du corps Légère déférentite. T.R. = 0	Pas de blennorragie. Pas de syphilis Pas de pyrexie récente	Pas de lésions prostatiques Etat général fait	Chronique	Pas d'intervention	Revu 10 m. plus tard, complètement guéri.	
Indéterminée	II	23 ans	Après un traumatisme subaigu	Epididymite diffuse. Déférentite T.R. = 0	Aucun antécédent d'ordre général. A présenté une urétrite banale il y qq. mois Ni écoulement, ni microbes	Urétrite banale assez récente	Chronique	Pas d'intervention	Revu 8 mois plus tard, il ne reste pas trace des lésions épидидymaires.	
Indéterminée	III	40 ans	Subaigu	Epididymite diffuse. Déférentite T.R. = 0	Pas d'antécédent avoué	Aucune lésion urétrale à l'urétroscopie	Subaigué	Epididymectomie		Epid. infect. banale subaigué Cocci. Gram. négatif.
Staphylo.	IV	50 ans	Chronique remontée à 2 mois	Grosse masse « où l'on ne distingue rien » T.R. = 0	Pas de bacilliose Diabétique Furuncles à répétition 1	Urétroscopie Aucune lésion	Chronique	Castration	Opératoires excellentes.	Epid. infect. assez aigué. Ensemencement staphylo.
Indéterminée	V	35 ans	Chronique	Epididymite de la queue Légère hydrocèle T.R. = 0	Ni gonococcie, ni pyrexie récente	Pas de microbes, ni dans l'urètre, ni dans le liquide vaginal	Subaigué	Pas d'intervention	Revu très amélioré après 1 m. n'a pu être rejoint.	
Indéterminée	VI	Jeune homme	Subaigu, puis chronique	Epididymite diffuse T.R. = 0	Pas d'antécédent avoué	Urétrite à microbes banaux sans gonocoques		Epididymectomie	Suites normales.	Inflammation aiguë non tuberculeuse.

Tableau résumé des observations (suite)

ÉTIOLOGIE MICROBIENNE	N°	AGE	DÉBUT	S. P.	ANTÉCÉDENTS	OBSERVATIONS	ÉVOLUTION	INTERVENTION	SUITES	HISTOLOGIE
Indéterminée	VII	22 ans	Subaigu il y a 1 mois	Epididymite diffuse T. R. = Prostate grosse et douloureuse Grosse vésicule	Pas de gonococcie avouée, Pas d'antécédents	Urétroscopie <i>peu montanum</i> rouge Pas de microbes dans les sécrétions prostatiques	Les lésions prostatovésiculaires ont diminué de façon considérable en 8 jours seulement	Pas d'intervention	Revu 8 mois plus tard ; il ne reste presque rien des lésions initiales.	
Staphylo.	VIII	30 ans	Chronique	Epididymite de la queue. Déferentite légère T. R. Prostate normale ; grosse vésicule dure	Aucun antécéd. général. Blennorrhagie il y a 15 ans Furoncles à répétition	Diagnostic de tuberculose	Opéré	Epididymectomie	Normales.	Epididymite infectieuse banale subaiguë. Culture : staphylocoque.
Staphylo.	IX	27 ans Arabe	Subaigu	Epididymite diffuse de la queue et du corps. Déferentite légère T. R. Vésicule G palpable, un peu douloureuse	Blennorrhagie il y a 7 ans	Urétroscopie Pas de goutte matinale ; Cocci. Gram. + et - Culture : Staphylocoque dans les sécrétions prostatiques	Chronique	Epididymectomie	Normales.	Epididymite infectieuse banale subaiguë. Culture : staphylocoque.
Coli.	X	9 ans	Aigu	Grosse tuméfaction. Déferentite T. R. Grosse vésicule droite dure et douloureuse	Pas de gonococcie avouée Pas de passé d'entérite	Urétrite à colibacilles Colibacilluries Le 2 ^e épидидyme se prend après 8 jours	Subaigu à poussées successives	Pas d'intervention	Guérit-on à peu près complète. N'a pu être suivi que peu de temps	
Coli.	XI	43 ans	Subaigu	Grosse épидидymite gauche douloureuse T. R. - Grosse vésicule gauche	Infection colibacillaire ancienne Prostatite il y a trois ans	Epididymite évoluant par poussées depuis des mois Colibacillurie	Par poussées	Pas d'intervention	N'a pu être suivi que quelques mois Très amélioré.	

Coli.	XII	63 ans	Aigu	Prostate normale Hydrocèle Epididymite massive T. R. = 0 Noyaux prostatiques durs Vésicule non perceptible	Gonococce à 17 ans Urétrite à colibacille	Colibacillurie	Subaiguë Très amélioré après un mois N'a pu être revu	Pas d'intervention	
Coli.	XIII	47 ans	Aigu	Epididymite massive T. R. Prostate dure et douloureuse Vésicule gauche énorme	Pas d'écoulement urétral	Colibacillurie	Subaiguë N'a pu être suivi Amélioration des signes fonctionnels seulement	Pas d'intervention	
Gono.	XIV	21 ans	Subaigu	Epididymite diffuse Légère hydrocèle T. R. = 0	Gonococce il y a deux ans	Écoulement urétral léger On trouve du gonococque à l'examen bactériologique	Subaiguë Amélioration considérable après 15 jours N'a pu être suivi	Pas d'intervention	
Gono.	XV	40 ans	Epididymite à poussées successives Subaigu	Epididymite de la queue Défervente T. R. = 0	Plusieurs blennorragies	Urètre sec Pas la moindre goutte Pas d'examen bactériologique Evolution par poussées	Par poussées	Epididymectomie	Normales.
Sporotrichose	XVI	32 ans	Chronique	Epididymite diffuse T. R. prostate un peu dure Vésicules saines	Sans intérêt		Chronique	Epididymectomie	Normales.
Sporotrichose	XVII	27 ans	Chronique	Noyau localisé à la queue T. R. = 0	Pas d'antécédent		Chronique	Epididymectomie	Normales.

Epididymite infectieuse banale.

Epididymite sporotrichosique.

Epididymite sporotrichosique.

Diagnostic

Tels sont les faits que nous avons pu observer ; on se rend compte à la seule lecture de ces observations qu'il est impossible d'en tirer une description clinique d'ensemble. Les épididymites chroniques, qu'elles soient ou non tuberculeuses, sont en effet dans leur détail d'un extrême polymorphisme.

Il nous semble, cependant, qu'on peut les ramener à trois types principaux.

Il est d'abord des épididymites qui sont tuberculeuses de façon indiscutable. Ce sont, avant tout, toutes celles qui s'accompagnent d'une fistule ancienne et présentant les caractères cliniques des fistules tuberculeuses.

Ce sont aussi celles qui répondent, point pour point, aux descriptions classiques de la tuberculose épididymaire. Et l'on ne conteste guère la nature d'une épididymite dont le début s'est fait de façon tout à fait imprécise, dont l'évolution demeure torpide et indolente, qui s'accompagne d'un déférent irrégulier et moniliforme, de lésions prostatovésiculaires chroniques et non douloureuses ; surtout lorsque cette épididymite survient chez un tuberculeux avéré.

Il y a, à l'opposé, des formes d'épididymites chroniques qui ne sont certainement pas tuberculeuses et nous ne croyons pas qu'on discute beaucoup nos observations d'épididymites colibacillaires, pas plus que certains cas d'épididymites gonococciques survenant au cours d'une urétrite blennorragique.

Mais il existe, entre ces deux cas extrêmes, toute la gamme des épididymites chroniques d'origine douteuse.

Lorsque l'on est en présence de l'un de ces cas, on ne doit pas porter le diagnostic de tuberculose avant d'en avoir discuté, un à un, tous les symptômes.

On arrive ainsi — le plus souvent, après un simple examen clinique — à mettre en doute la tuberculose. Il faut aller plus loin et si on le peut, arriver à la certitude étiologique. Si malgré tous les examens le diagnostic demeure en suspens, il faut attendre, revoir les malades et les suivre de près, et l'on aura souvent la satisfaction de voir l'évolution confirmer le diagnostic de « non tuberculose ».

Au point de vue strictement clinique, il est en effet quelques symptômes, qui, par leur groupement plus que par leur valeur propre, doivent faire remettre le diagnostic.

L'épididymite inflammatoire, sauf en des cas exceptionnels, comme celui que rapporte Kappis, ne débute jamais aussi insidieusement que la tuberculose.

Seules peut-être, la sporotrichose et la syphilis épididymaire sont aussi progressives, mais dans ces cas, si quelque symptôme anormal est venu donner l'éveil, les moyens de diagnostic ne manquent pas.

L'épididymite une fois constituée il n'y a pas localement de signe distinctif bien valable. Le siège des lésions sur tel ou tel point de l'organe, leurs caractères physiques même sont variables et tous peuvent aussi bien être réalisés par la tuberculose que par une infection quelconque.

Par contre, jamais nous n'avons constaté, jamais aucun auteur étranger ou français n'a trouvé le déférent moniliforme en dehors de la tuberculose. Il peut être resté sain, il peut être régulièrement augmenté de volume et douloureux dans les deux cas, mais il n'est moniliforme que dans la tuberculose. Au contraire, la funiculite sans déférentite nous paraît assez caractéristique de l'épididymite inflammatoire non tuberculeuse.

A distance, il est rare que la bacillose laisse la prostate et les vésicules normales, mais on trouve souvent des lésions prostatovésiculaires en dehors d'elle. Ces lésions sont alors plus douloureuses, moins dures, plus diffuses et surtout elles sont passagères et remarquablement influencées par la thérapeutique locale. A tel point que l'on peut dire que des lésions de la prostate ou des vésicules ayant plus d'un mois de date sont très vraisemblablement tuberculeuses (Stevens). Enfin, du seul point de

vue de la clinique et avant d'en arriver aux examens spéciaux qu'on doit systématiquement pratiquer dans le doute il nous faut ajouter avec Stevens, qu'une épididymite double ou une épididymite survenant chez un malade antérieurement opéré du côté opposé est très probablement tuberculeuse.

Ces notions cliniques très simples tiennent en quelques mots et nous pouvons dire : « *Toutes les fois que dans une épididymite chronique, les signes physiques, ou l'un d'eux seulement, ne sont pas conformes aux descriptions classiques de la tuberculose épididymaire, il y a de grandes chances pour qu'il ne s'agisse pas d'elle* ».

Mais au-delà de ce diagnostic négatif, et malgré son importance il faut chercher la véritable étiologie, et la clinique est le plus souvent impuissante à nous la donner.

Avant tout, et après un interrogatoire très minutieux, on doit examiner au point de vue bactériologique l'écoulement urétral, et s'il n'existe pas, les sécrétions prostatiques. On peut souvent, en effet, amener au méat une goutte de sérosité après massage prostatique et expression urétrale, et lorsque c'est impossible l'examen des premières gouttes d'urine recueillies après massage et centrifugées donne des renseignements très comparables.

Cet examen, toujours très simple doit être systématique ; il doit être fait, pour plus de sûreté, après réactivation pour donner plus de chance de retrouver le gonocoque. Il faut toujours compléter un

examen direct très soigneux par des cultures sur divers milieux et tout spécialement sur les milieux électifs du gonocoque (milieux au sang de Pfeiffer Giscard par exemple).

La présence de microbes banaux dans la sérosité uréthro-prostatique — en dehors de toute uréthrite clinique — doit d'ailleurs être interprétée avec la plus grande prudence. On sait, en effet, que l'urèthre est souvent le réceptacle de microbes saprophytes non pathogènes, et Unterberg étudiant au point de vue bactériologique l'urèthre de sujets sains rencontra dans un quart des cas les germes microbiens les plus variés.

On ne doit donc considérer un tel examen que comme une indication étiologique, et demander confirmation d'un diagnostic probable à la ponction épидидymaire si elle est possible, et à l'évolution dans le cas contraire.

La ponction, en effet, doit être tentée toutes les fois que l'examen en justifie la tentative, car elle peut être d'un appoint décisif. Elle sera faite après une pointe de thermocautère, de préférence, pour éliminer plus sûrement les saprophytes cutanées ; elle permet, si elle ramène du pus, d'en faire l'examen direct, la culture et l'inoculation simultanée au cobaye et au rat.

Ces deux recherches demeurées sans résultat il reste encore à pratiquer l'uréthroscopie et la spermoculture, qui peuvent apporter des renseignements utiles à l'établissement du diagnostic.

Enfin, en désespoir de cause, les auteurs étrangers conseillent la biopsie et devant les résultats qu'il disaient en avoir obtenu, nous l'avons tenté. Nous n'en avons fait qu'un essai, en vérité, mais cette tentative a été si malheureuse que nous croyons la biopsie fort peu utile et même nuisible, par les conclusions fausses qu'on en peut tirer.

Il s'agissait, dans notre cas, d'une épididymite diffuse très volumineuse, sans déférentite, avec des lésions prostatiques très discrètes. Le début avait été subaigu aux dires du malade, qui n'avait aucun antécédent pathologique intéressant. A l'examen, il présentait une uréthrite chronique, sans gonocoque et sans aucun antécédent aigu avoué. Nous avons pratiqué, chez lui une biopsie large, au voisinage d'un petit abcès épидидymaire qui fut ponctionné.

Le pus prélevé, jaune et bien lié, fut simultanément examiné au microscope, cultivé et inoculé au cobaye. L'examen direct, après colorations multiples (Gram, Ziehl), et la culture le montrèrent amicrobien, mais le cobaye injecté était tuberculisé après six semaines seulement. Et cependant, le fragment prélevé, examiné avec le plus grand soin, dans le laboratoire du Professeur Lecène, n'a montré que des lésions tout à fait banales d'épididymite inflammatoire subaiguë.

La tuberculisation du cobaye, la persistance de la tuméfaction épидидymaire jointe à la fistulisation de la plaie opératoire affirmaient, malgré tout, la

tuberculose, et sur les conseils de notre maître le Docteur Dujarier, chirurgien de l'Hôpital Boucicaud, nous avons pratiqué une castration unilatérale chez notre malade. De multiples fragments ont été prélevés, comme dans tous les autres cas, et nous avons pu constater qu'il s'agissait en effet d'une tuberculose épидидymaire des plus caractéristiques.

Nous devons conclure que la biopsie est incapable de nous donner la clé du diagnostic. Ce qu'il faut, en effet, pour nier histologiquement la tuberculose, ce sont des examens minutieux de multiples fragments prélevés en des points différents de l'épididyme malade.

On devrait alors faire une incision exploratrice étendue et la biopsie ainsi comprise ne serait plus qu'une épидидymectomie partielle, mais une épидидymectomie à la fois inutile et illogique, insuffisante s'il s'agit de tuberculose, inutilement mutilante si elle révèle une épидидymite infectieuse non bacillaire.

Il nous paraît alors que, lorsque le diagnostic demeure hésitant, la seule conduite logique soit l'expectative.

L'évolution immédiate de l'épididymite, à condition d'être suivie de près, nous paraît très suffisante pour confirmer ou infirmer le diagnostic d'épididymite inflammatoire.

Indications Thérapeutiques

Une épididymite chronique étant reconnue non tuberculeuse, quelle thérapeutique faut-il lui opposer ? C'est l'évolution même, parfois longue, mais toujours bénigne, de ces lésions, qui nous impose avant tout un traitement essentiellement conservateur.

D'abord, et quelle qu'en soit l'étiologie, on instituera un traitement symptomatique très simple des lésions épididymaires et des symptômes vésiculoprostatiques, s'ils existent.

Si la douleur est intense, on prescrira le repos au lit avec un suspensoir ou une planchette ouatée. Aux lésions vésiculo-prostatiques, on opposera de petits lavements très chauds et fréquents, des bains de siège répétés. S'il y a urétrite, la thérapeutique uréthrale demeurera très prudente. Au contraire, si le malade peut marcher, on lui imposera seulement le port d'un suspensoir, les mêmes petits lavements très chauds ; on lui conseillera une vie génitale réglée et calme, et l'on traitera simultanément, si elle existe, l'urétrite.

Certains auteurs disent aussi grand bien de la

protéinothérapie, mais nous n'en avons pas l'expérience, et ne pouvons la juger.

Telles sont les indications thérapeutiques générales, lorsque la cause de l'épididymite demeure indéterminée. A ces indications symptomatiques, on ajoutera des indications spécifiques, toutes les fois que l'épididymite aura fait sa preuve bactériologique.

En présence d'une épididymite gonococcique ou staphylococcique, on doit tenter la vaccination, soit par stock vaccin, soit par les auto-vaccins qui semblent, dans l'ensemble, donner des résultats plus constants et plus favorables.

Lorsque le colibacille est en cause, outre l'antiseptie intestinale et urinaire, on prescrira soit les auto-vaccins, soit les vaccins coli-soude du Docteur Mauté, soit enfin le bactériophage de d'Hérelle. Nous avons vu plus haut qu'on en pouvait attendre une amélioration très réelle, sinon la guérison complète.

Mais ce sont surtout les épididymites rares, sporotrichosiques ou syphilitiques, qui bénéficient d'un traitement vraiment actif et spécifique, si actif, qu'il est peut-être un des moyens de diagnostic les plus sûrs de ces deux variétés. Dans la syphilis, la médication iodurée, combinée suivant les cas au traitement mercuriel, arsénical ou bismuthique, amène une régression rapide, en quelques jours, des lésions.

Dans la sporotrichose, la guérison est régulièrement et rapidement obtenue par le traitement iodo-ioduré.

Il y a cependant des épидидymites chroniques inflammatoires qu'il faut opérer.

Ce sont les formes rares qui évoluent vers l'abcédation, malgré le traitement médical, et pour lesquelles on peut discuter l'épididymotomie. Ce sont surtout les formes prolongées, récidivantes, qui constituent par leur répétition ou leur chronicité une véritable infirmité.

Ce sont, dans ces cas, les malades eux-mêmes qui réclament une solution chirurgicale. Dans ces formes rares des épидидymites non tuberculeuses, la seule intervention logique est l'épididymectomie. La castration, préconisée par certains dans la tuberculose épидидymaire, n'a aucune indication, dans les épидидymites inflammatoires. Elle ne pourrait être discutée que dans des cas tout à fait exceptionnels où la suppuration a également envahi le parenchyme testiculaire. Epидидymectomie toujours très localisée d'ailleurs, sans qu'il soit jamais nécessaire de remonter bien haut la dissection du déférent, dont la résection nous semble tout à fait inutile.

Conclusions

I. Nous croyons pouvoir affirmer qu'il faut aujourd'hui distraire du cadre des épididymites tuberculeuses classiques un certain nombre d'épididymites infectieuses ressortissant aux étiologies les plus diverses. Nous pensons avoir suffisamment prouvé l'existence de ces épididymites chroniques non tuberculeuses, à la fois par des arguments cliniques et par des constatations anatomo-pathologiques. Les épididymites infectieuses ne sont pas rares, puisque nous avons pu en réunir plus de vingt cas provenant toutes d'un même service.

II. Du point de vue pathogénique, elles peuvent être secondaires.

1°) rarement, à une septicémie grave et aiguë, mais au contraire toujours à une septicémie très atténuée et souvent sans aucune manifestation clinique ;

2°) plus souvent à une uréthrite, gonococcique ou non ;

3°) parfois à une infection uréthrale sans uréthrite cliniquement constatée ;

4°) plus rarement à une infection d'origine intestinale (colibacille).

On voit que leur étiologie est des plus variables, et bien des germes pathogènes ont effectivement été retrouvés à leur origine.

III. Nous croyons enfin avoir montré que, si leur diagnostic précis est le plus souvent impossible, il est par contre possible et souvent facile d'éliminer la tuberculose, si l'on complète toujours un examen clinique minutieux par des examens bactériologiques, tous très simples.

IV. Ce diagnostic, même s'il demeure simplement négatif, est très important pour les malades, puisque ces épидidymites, quelle que soit d'ailleurs leur origine, présentent comme caractère commun une évolution bénigne constante, ce qui les oppose complètement aux tuberculoses épидidymaires.

V. Aussi, du point de vue thérapeutique, toutes ces épидidymites, à de très rares exceptions près, sont justiciables d'un traitement exclusivement médical. L'épididymectomie serait, à notre avis, tout à fait excessive dans ces cas. En effet, sauf indications particulières de l'ablation thérapeutique

(récidives, chronicité, abcédation), il suffit de savoir attendre pour voir s'atténuer et disparaître spontanément ces épididymites infectieuses.

Vu, le Doyen, *Vu, le Président,*

ROGER.

LECÈNE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

Bibliographie

- En dehors des traités classiques nous avons consulté :
- AUGAGNEUR. — Soc. des Sciences médicales des Lyon, 1885. —
Le testicule blennorrhagique tardif.
- BURMEISTER et CAHN. — Munch Med. Woch. 3, IX, 1926. —
Fréquence de l'épididymite non gonococcique.
- BIEBL MAX. — Zentralblatt für Chirurgie LIV, f. 2337, 10,
IX, 1927. — L'épididymite chronique non spécifique
simulant la tuberculose.
- BRAINOS. — *Paris Médical*, XXXVI, 1920, p. 247. — Sporotri-
choses des organes génitaux méconnues.
- BEURMANN (de) et GOUGEROT. — Les nouvelles mycoses, Paris
1912, Masson. — *Annales françaises de Dermatologie
et Syphiligraphie*, août 1907.
- CHEYASSU. — *Le journal de Médecine et de Chirurgie prati-
que*, T. VIC, 25, II, 1923. — Le diagnostic schéma-
tique des lésions chroniques du testicule et de ses
annexes chez l'adulte.
- Thèse de Paris.
- CUNÉO. — Travaux anatomo-cliniques d'Hartmann (2^e série).
— Anatomie pathologique des épididymites gonococ-
ciques.
- CUILLERET. — Thèse de Lyon: — Étude sur l'épididymite sy-
philitique secondaire.
- CRESCENZI. — *Riforma Medica*, 1922. — Cinq cas d'épididy-
mite chronique non spécifique.

- COHN (T.). — Centralbl. für Bakteriologie. LXX. 1913, p. 290. —
Une actinomycose des organes génito urinaux mâles.
- LE DENTU et DELBET. — Traité de Pathologie Chirurgicale.
- DIETEL. — *Journal of American Association*, 1919. — Les épididymites chroniques non spécifiques.
- *Deutsh medic. Wochenschrift*. 5°.
- DORN. — Bruns Beitr. z. Klinische Chir., 1920. — Epididymites chroniques non spécifiques.
- DELBET et CHEVASSU. — *Revue de Chirurgie*, 1908. — Les oblitérations épидидymaires gonococciques.
- DARGET. — *Presse Médicale*, 1924, page 287. — Epididymite tuberculeuse de nature discutable.
- DUMONT et TISSIER. — *Paris Medical*, 5 VIII, 1922. — Epididymite staphylococcique.
- DUBOIS. — *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 20 XI, 1909.
— Orchiépididymite aiguë staphylococcique.
- DONADIO NICOLA. — *Rinascenza Medica*, 1925. — Epithélioma séminal simulant une tuberculose épидидymaire.
- DUBOUCHER. — *Journal d'Urologie*, 1921, n° 1, page 35. —
Trois cas d'épididymite aiguë grippale.
- DITTRICH. — Zentralbl. für Chir. T. 51, n° 4, p. 160, 1924. —
Epididymites et orchites chroniques non spécifiques.
- DORMOY. — Thèse de Paris. — Etude sur les sporotrichoses.
- DELBET. — Bulletin Médical XXVIII, 1914, page 699. — Sur un cas d'épididymite bacillaire. — *Revue de Chirurgie et de thérapeutique*, XXXV, 1921. Epididymite bacillaire.
- DARGET. — Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux, XLV, 1924, page 217. — Un cas d'épididymite bacillaire aiguë.
- DRON. — Mémoire, Lyon 1863. — Tumeur syphilitique de l'épididyme.
- DELAHAYE. — Thèse Lyon, 1895. — De l'épididymite syphilitique tertiaire.

- FISCH. — *Journal d'Urologie*, n° 3, 1926. — Considérations sur les variations morphologiques du colibacille.
- FICK JOHANNES. — *Urol. and cutaneous review*, vol. 28, n° 12, 1924, page 707. — Epididymites érotiques.
- FORNERO. — *Ann. di Ostetrica*, 1917, XXXIX, p. 263 ; 1918, XL, p. 201. — *Folia gynecol.*, 1916, XI, p. 383. — L'anatomie pathologique des sporotrichoses génitales.
- GRON, FREDRICK et TH. THJOTTA. — *Acta dermatovenereal*, 1925, n° 6, T. 2, p. 247. — Un cas d'orchite suppurée et d'épididymite due à l'infection colibacillaire. — *Norsk Magaz.*, p. Lægevidenskaben, 1925, T. 86, n° 1, p. 33. — Epididymite d'origine colibacillaire.
- GOMBEAU. — *Annales des mal. vénériennes*, 1924. — Orchite colibacillaire.
- HEITZ-BOYER. — *Journal d'Urologie*, 1921. — Epididymites colibacillaires.
- HAASE M., E.-R. HALL et C. H. MARSHALL. — *Journal of Medical Association*, 1922, p. 820. — Un cas de blastomycose génitale.
- HODARA (M.). — *Dermatol. Wochenschrift*, LXXVII, 1923, p. 1328. — Ein Fall von sporotrichose des Genital.
- ILJINSKY. — *Archiv für Klinische Chirurgie*, 1923. — Pathogénie des épididymites.
- IRVIN S. KOLL. — *Annals of Surgery*, LXV, 1927, p. 646. — Epididymites non tuberculeuses et non gonococciques.
- INGRAM. — *British Med. Journal*, 1926, p. 653. — Epididymites suppurées non tuberculeuses.
- JANET. — *Journal d'Urologie*, 1921. — Un cas d'épididymite aiguë colibacillaire.
- JONNART. — Thèse de Paris, 1895. — De l'épididymite syphilitique tertiaire.

- KRETSCHNER et ALEXANDER. — *Journal of Urology*, 1923. — Epididymites non gonococciques.
- KRETSCHNER, HERMANN et JEWEL C. ALEXANDER. — *Journal of Urology*, 1923. — Epididymites non gonococciques.
- KAPIS. — *Journal of American Association*, n° 20, 1919, p. 540. — Epididymites primitives non spécifiques. — *Deutsch. Medic. Woch.*, XLV, 1919, id.
- KUKUDSHANOW. — *Archiv für Klinische Chirurgie*. — La spermatogenèse dans les épидидymites chroniques.
- KLESH THEBESIUS. — *Bruns Beitrag z. Klin. Chir.*, 1921.
- KENNET WALKER. — *The Lancet*, 1924, n° 23, p. 1157. — Discussion sur les épидидymites.
- KLAUSNER. — *Dermat. Wochenschs.*, LVIII, 1914, p. 137. — Epididymite aiguë non gonococcique.
- LÄNDIVAR R. — *La Semena Medica*, an XXXIII, n° 1720. — Epididymite à pneumocoques, p. 1776.
- LACOUTTE et BRIAU. — *Soc. Méd. Hôpitaux de Paris*, 28 mai 1909. — Epididymite sporotrichosique.
- LOMBARD et BÉQUET. — *Presse Médicale*, 1921. — Orchite mélitococcique.
- MANDEL FÉLIX. — *Deutsch. Zeitschr. für Chir.*, 1922, n° 170, T. 5-6, p. 416. — Epididymites chroniques non spécifiques.
- MARCEL (J. E.). — Thèse de Paris, 1928. — Syphilis du testicule. — *Ann. des maladies vénériennes*, XXIII, 1928, n° 3, p. 173.
- MOUCHET A. — *Revue internationale de Méd. et de Chir.*, 1923, p. 83. — Orchites aiguës de l'enfance.
- MICHELSON. — *J. of Medical Association*, 1919. — Epididymites syphilitiques.
- MOURE. — A propos des mycoses. — *Bul. et Mém. de la Société nationale de Chirurgie*, LH, 1926, p. 232. — Ibidem, 5, VI, 1919. — Les sporotrichoses chirurgicales.

- MONIER-VINARD. — Soc. Méd. Hôp. de Paris, 26 avril, 1907.
— Sporotrichoses disséminées et orchite sporotrichosique.
- MILLER. — *München med. Wochenschr.*, 1909, LVI, p. 2583.
— Epididymite par bactérium coli commune.
- NAKANO. — *Zeitschrift für Urologie*, T. VII, 1913, p. 541. —
Etude histo-pathologique des épидидymites gonococ-
ciques et de leur traitement.
- PACE IGNAZIO. — *Fol. Med.*, 1925, n° 11, T. 13. — Orchites
de la malaria.
- PESCH KARL. — *Medic. Klinik journal*, 1922. — Trois cas
d'abcès épидидymaire à paratyphique B.
- PEDERSON. — *A text book of urology in men, women and
children*, 1919.
- QUÉNU. — 21-IV-1909. — *Presse Médicale*. — Epididymite
aiguë au cours d'une staphylococcémie.
- REINHARDT. — *München Mediz Wochenschrift*, 1919, p. 1210.
Aktimonycose des Nebenhoden, Skrotums, Beckens,
Krenzbeins.
- RALNICK H. C. — *Surgery and Gynecology*, 1925, T. 41, n° 1,
p. 15. — Mécanisme des épидидymites.
- V. RICHER. — *Lyon Médical*, t. III, 1925. — Les tuberculoses
génitales latentes et l'urétrite chronique tubercu-
leuse.
- SCHWARTZ. — *Archiv für Klinische chirurgie*, 1923. — Epidi-
dymites chroniques non spécifiques.
- SCHNEIDER. — *Münchener Mediz. Wochenschrift*. — Thérapeu-
tique des épидидymites tuberculeuses.
- SPERANSKY W. — *Vracebnoc. delo*, 1925. — Epididymites
non spécifiques.
- SCHUMACKER KARL. — *Archiv. für Dermatol. u. Syphilis*,
1923, p. 339. — Six cas d'épididymite non spécifi-
que.
- SÉE. — *Gaz. Hôpitaux*, 1922, XCV, p. 469. — Les mycoses.

- SCUDDER. — *Boston Med and Surgery Journal*, CLXXII, 1915.
— Actinomycose des parois abdominales.
- STEVENS A. R. — *Transact. amer. association genito-urinary surgery*, 1922, XX, p. 211. — *J. of Urology*, 1923, X, p. 85. — Différences entre épididymites tuberculeuses et non tuberculeuses.
- SCHMIEDEN. — *Munchen Mediz. Wochenschrift*. — Thérapeutique des épididymites tuberculeuses.
- SAMURANKIN K. — *Zeitschr. für Urol.*, 1908, II, p. 151. — Seltenere Fall von Nebenhoden echinococcus.
- SCHAFER. — *Ueber Epididymitis non gonorrhoeica*. — *Mediz. Klinik*, 1921, page 335, XVII.
- THIBIERGE et GASTINET. — *Soc. Med. Hôpitaux de Paris*, 19 mars 1909. — Sporotrichose du tibia.
- THÉVENARD. — *Soc. des chirurgiens de Paris*, 1926, T. XVIII, n° 2. — Une observation inédite d'épididymite sporotrichosique.
- VORSCHÜTZ. — *Zentralbl. für Chir.*, 1926, p. 487. — Diagnostique et thérapeutique des épididymites non spécifiques.
- WINCKLER. — *Zentralbl. für Chir.*, 1923, L, p. 89-91. — Epididymites urinaires non gonococciques.
- WILDBOLZ. — *Korresp. Blatt für Schweiz. Ärzte*, 1916. — Epididymites chroniques non spécifiques.
-

Table des Matières

	Pages
Introduction.....	13
Epididymites sporotrichosiques.....	20
— syphilitiques.....	32
— gonococciques.....	35
— colibacillaires.....	46
— staphylococciques.....	52
— de cause indéterminée... ..	63
Diagnostic.....	84
Thérapeutique.....	91
Conclusions.....	95
Bibliographie.....	99

Limoges, Imprimerie Commerciale Perrette

